

**Universidade do Porto**  
**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**CONTRIBUTO PARA O ESTUDO DA RESILIÊNCIA EM IDOSAS:  
EFEITO DA COABITAÇÃO COM OS FILHOS**

**Mariana Isabel da Silva Leal**

Junho, 2017

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora **Susana Coimbra** (F.P.C.E.U.P.).

## **AVISOS LEGAIS**

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

*The greatest glory in living, lies not in  
never failing, but in rising every time we  
fall.*

Nelson Mandela

## **AGRADECIMENTOS**

À professora Doutora Susana Coimbra, pelo seu acompanhamento regular, pelo seu profissionalismo e partilha de conhecimentos e, mais do que tudo, pela sua amizade e por sempre ter acreditado em mim.

Aos meus queridos pais, pelo apoio incondicional e insubstituível durante esta jornada. Não há palavras que expressem a minha gratidão para com eles.

Por fim, ao João Pedro pela calma nas horas mais turbulentas, pelo seu incansável apoio nas melhores e piores horas e por todo o amor e força ao longo deste percurso.

## Resumo

Apesar de existir um interesse crescente pela investigação no domínio da resiliência ao longo das últimas décadas, os estudos tendem ainda a centrar-se nos atributos intrapessoais de crianças e jovens. Os estudos que enfocam a resiliência como processo e que incluem idosos são ainda escassos, não obstante a sua pertinência numa sociedade envelhecida. O presente estudo tinha como objetivo explorar, numa amostra de idosas não institucionalizadas, o efeito da coabitação ou não com os filhos, nos indicadores de ajustamento (satisfação com a vida e qualidade de vida) e fatores de proteção interna (gratidão) e externa (solidariedade intergeracional). Além disso, pretendia ainda explorar os preditores dos indicadores de ajustamento qualidade de vida e satisfação com a vida nas mesmas idosas. A amostra incluiu 30 idosas com idades compreendidas entre os 70 anos e 95 anos, residentes em áreas não urbanas do concelho de Paços de Ferreira, frequentadoras de centro de dia. Os instrumentos utilizados foram: Índice de Solidariedade Intergeracional; Escala de Satisfação com a Vida; Escala de Felicidade Subjetiva; Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde; Questionário da Gratidão; Medidas demográficas. Não foram observadas diferenças em função da coabitação com os filhos nas variáveis em estudo. Os resultados dos modelos de regressão sugeriram que a satisfação com a vida, a solidariedade funcional intergeracional dada e recebida são preditores da qualidade de vida e, ainda, que esta última é a única preditora da satisfação com a vida. Os resultados foram discutidos e são sugeridas implicações para estudos futuros e para a intervenção.

Palavras-chave: Resiliência; Envelhecimento; Solidariedade intergeracional; Qualidade de vida; Satisfação com a Vida

## **Abstract**

In spite of the growing interest in resilience research over the last decades, studies still tend to focus on the intrapersonal attributes of children and young people. Studies that focus on resilience as a process and that include elderly are still scarce, despite of their relevance in an aging society. The purpose of this study was to explore, in a sample of non-institutionalized elderly women, the effect of cohabitation or non-cohabitation with adult children in the adjustment indicators (satisfaction with life and quality of life) and internal (gratitude) and external (intergenerational solidarity) protection factors. In addition, it aimed to explore the predictors of the adjustment indicators of quality of life and satisfaction with life in the same elderly women. The sample included 30 elderly women aged between 70 and 95 years, living in non-urban areas of the county of Paços de Ferreira, attendants of day centers. The instruments used were: Intergenerational Solidarity Index; Satisfaction with Life Scale; Subjective Happiness Scale; Inventory of the Quality of Life in Older Adults of the World Health Organization; Gratitude Questionnaire; Demographic measures. No differences were observed due to cohabitation with the children in the study variables. The results of the regression models suggested that satisfaction with life, given and received functional intergenerational solidarity are predictors of quality of life, and also that the quality of life was the sole predictor of satisfaction with life. Results are discussed and implications for future studies and intervention are suggested.

**Keywords:** Resilience; Aging; Intergenerational solidarity; Quality of life; Satisfaction with Life.

## Résumé

Bien qu'il existe un intérêt croissant pour la recherche dans le domaine de la résilience dans les dernières décennies, les études tendent encore à se centrer sur les attributs intrapersonnels des enfants et des jeunes. Les études qui mettent l'accent sur la résilience comme processus et qui incluent des personnes âgées sont encore rares, malgré sa pertinence au sein d'une société vieillissante. L'objectif de la présente étude c'était exploiter, dans un échantillon de femmes âgées non-institutionnalisées, l'effet de la cohabitation ou non chez leurs enfants, dans les indicateurs d'ajustement (satisfaction de la vie et qualité de vie) et des facteurs de protection interne (gratitude) et externe (solidarité intergénérationnelle). En outre, on prétendait encore exploiter les prédicteurs des indicateurs d'ajustement qualité de vie et satisfaction avec la vie chez les mêmes personnes. L'échantillon inclut 30 femmes âgées dont les âges sont situés entre les 70 et les 95 ans, habitant dans des zones non-urbaines de la mairie de Paços de Ferreira, et qui fréquentent le centre de jour. On a utilisé les instruments: Index de Solidarité Intergénérationnelle; Échelle de Satisfaction de la Vie; Échelle de Bonheur Subjectif; Inventaire d'Évaluation de la Qualité de Vie Chez les Adultes Âgés de l'Organisation Mondiale de la Santé; Questionnaire de la Gratitude; Mesures Démographiques. On n'a pas observé de différences en fonction de la cohabitation avec les enfants dans les variables en étude. Les résultats des modèles de régression ont suggéré que la satisfaction de la vie, la solidarité intergénérationnelle donnée et la solidarité intergénérationnelle reçue sont des prédicteurs de la qualité de vie et, encore, que ce dernier aspect prédit la satisfaction de la vie. On a discuté les résultats et on suggère des implications pour de futures études, ainsi que pour l'intervention.

**Mots-clés:** Résilience; Vieillesse; Solidarité intergénérationnelle; Qualité de vie; Satisfaction de la vie.

## Índice

<b>Introdução geral .....</b>	<b>1</b>
1. Resiliência: Origem e conceito .....	2
2. Resiliência: fatores de risco, fatores de proteção e indicadores de ajustamento e modelos de desenvolvimento .....	4
3. Envelhecimento e resiliência nas pessoas idosas.....	8
4. Qualidade de vida e satisfação com a vida.....	15
5. Solidariedade intergeracional .....	20
6. Gratidão.....	24
<b>Estudo Empírico .....</b>	<b>27</b>
1. Objetivos do estudo .....	27
2. Método.....	27
2.1. Amostra .....	27
2.2. Instrumentos .....	29
2.3. Procedimento de recolha de dados .....	31
2.4. Procedimento de análise de dados.....	32
3. Resultados.....	33
3.1. Estatísticas descritivas .....	33
3.2. Diferenças entre idosas que vivem e não vivem com os seus filhos nas variáveis analisadas.....	33
4. Discussão dos resultados .....	35
5. Limitações e sugestões para estudos futuros.....	41
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>44</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>53</b>



## **Introdução geral**

Há já algumas décadas que a resiliência tem vindo a ser palco de um crescente interesse científico. No entanto, a sua concetualização, definição e operacionalização, está longe de ser consensual. São bastante frequentes os estudos que assumem que a capacidade de ultrapassar crises e adversidade é uma característica intrapsíquica e disposicional e se centram sobre os períodos etários da infância e juventude. Os estudos de resiliência enquanto processo resultante da interação entre risco, proteção e ajustamento na terceira e quarta idades são ainda escassos na literatura mundial e, em particular, a nacional. Essa escassez justifica que o presente estudo seja levado a cabo, de forma a contribuir para o conhecimento dos fatores associados ao processo de resiliência nesta faixa etária, em particular atendendo ao envelhecimento populacional a nível mundial e nacional. O presente estudo pretendeu observar, numa amostra de idosas não institucionalizadas de área não urbana de Paços de Ferreira o impacto da coabitação ou não com os filhos em variáveis de ajustamento – satisfação com a vida e qualidade de vida – e nas variáveis de proteção interna e externa. Pretendeu também identificar que variáveis são preditoras da satisfação e qualidade de vida destas idosas.

O presente estudo divide-se em duas partes fundamentais: i) introdução teórica; ii) estudo empírico, conclusões e considerações finais. Na introdução teórica, é proporcionada uma revisão da literatura referente aos constructos alvo de estudo, mais concretamente, a resiliência, incidindo sobre a sua origem e conceito, a tríade de fatores de risco, fatores de proteção e indicadores de ajustamento e modelos de desenvolvimento e os estudos relacionados com a resiliência nas pessoas idosas. Seguidamente, é feita uma revisão breve relativa aos indicadores de ajustamento: Qualidade de vida e satisfação com a vida. Por fim, abordamos os fatores de proteção privilegiados no presente estudo: solidariedade intergeracional (interna) e gratidão (externa). Na segunda parte, referente ao estudo empírico, começamos por definir os objetivos do estudo, descrever o método – amostra, instrumentos, procedimento de recolha e de análise de dados e concluímos com a discussão dos resultados obtidos. Por fim, são

sistematizadas as principais conclusões, identificadas algumas limitações e propostas algumas pistas para estudos futuros e intervenção.

## **1. Resiliência: Origem e conceito**

Durante os anos 70, um grupo pioneiro de psicólogos e psiquiatras começou a chamar a atenção para o estudo da resiliência ao focar o desenvolvimento “normal” de crianças, apesar da sua exposição a elevados níveis de risco, sobretudo associados à pobreza, psicopatologia parental e problemas desenvolvimentais com influência genética e/ou decorrente das experiências de vida. Este grupo pioneiro arguia que a pesquisa com crianças que se desenvolvem bem num ambiente de risco, contra todas as probabilidades, teria o potencial não só de informar as teorias da psicopatologia como também de guiar a intervenção, ao não se limitarem ao estudo do défice ou da doença (Masten, 2001).

O processo de ultrapassar crises e adversidades em indivíduos, grupos e organizações pode ser uma definição de resiliência (Yunes, 2003). Não sendo um conceito recente na área da Psicologia, permanece, contudo, a discussão do ponto de vista da sua definição teórica e abordagem metodológica pela comunidade científica. Partindo de uma revisão crítica das publicações sobre resiliência até ao final dos anos 90 do século passado, Junqueira & Deslandes (2003) confirmaram que o conceito da resiliência não apresenta uma definição consensual entre os vários autores. Por exemplo, durante muito tempo e para alguns autores resiliência e invulnerabilidade foram percebidos como sinónimos, mas hoje em dia tal não parece ser consensual: alguém pode ser resiliente e lidar eficazmente com uma adversidade específica, o que não significa que não seja suscetível de se magoar ou de fraquejar perante uma outra circunstância adversa (Werner, & Smith, 1982).

Esta distinção é importante também para um outro mito em torno da resiliência, que também divide a comunidade científica: aquele que a descreve como uma característica intrapessoal excecional, isto é, algo que caracteriza apenas algumas pessoas que possuem características especiais. A resiliência parece ser um fenómeno relativamente comum que resulta, na maior parte dos casos, da

operação de sistemas básicos de adaptação humana. Se esses sistemas estão protegidos e em boas condições de funcionamento, o desenvolvimento é vigoroso, mesmo quando se enfrenta adversidades mais graves. Se os sistemas estão prejudicados, antecedente ou conseqüentemente à adversidade, então o risco para problemas de desenvolvimento é muito maior, particularmente se a adversidade for prolongada. Assim, a resiliência é reconhecida como um fenômeno comum que pode estar presente no desenvolvimento de qualquer ser humano, enfatizando-se que não corresponde nem depende apenas de uma pré-disposição intrapessoal (Masten, 2001). A resiliência é um processo dinâmico que culmina num ajustamento positivo perante e/ou apesar de experiências de adversidade ou trauma. Não corresponde nem depende, por conseguinte, de um único traço de personalidade ou a um qualquer outro atributo disposicional do indivíduo. Ao invés, implica a exposição à adversidade e a manifestação de resultados positivos de ajustamento, graças ao efeito dos mecanismos de proteção tanto de natureza interna como externa (e.g. Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000). Deste modo, um indivíduo não pode ser considerado resiliente se nunca houve uma ameaça significativa ao seu desenvolvimento; deve existir algum risco, atual ou passado, em relação ao qual se considere existir o potencial de abalar o desenvolvimento normativo. A mais valia da investigação no domínio da resiliência é a de permitir compreender os processos, internos e externos, que são responsáveis pelos bons resultados em termos de ajustamento que são atingidos apesar da existência desse risco (Masten, 2001).

A resiliência traduz-se, por conseguinte, não num rótulo ou diagnóstico estático, mas no processo de desenvolvimento de uma vida saudável em condições que não são propícias ao mesmo, sendo que é necessário compreender o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos facilitadores deste mesmo desenvolvimento. Se a resiliência não pode ser vista como uma característica intrínseca ao próprio sujeito (traço), também não pode ser concebida como algo que simplesmente se vai adquirindo à medida que o indivíduo se desenvolve, é algo que resulta da combinação de atributos pessoais com o ambiente familiar, social e cultural. Não sendo a resiliência um atributo fixo da pessoa, a suscetibilidade ao risco parece ser diferencial e desempenhar um papel importante: o mesmo fator causador de stresse ou adversidade pode ser experienciado de forma diferente por pessoas

diferentes (Rutter, 1987). Cada indivíduo reage diferentemente perante a adversidade. Considera-se a resiliência como uma qualidade que a maioria tem em maior ou menor grau, mas que precisa do reforço adequado e do ambiente propício para poder expandir-se (Larkin, 2013).

Os estudos sobre a resiliência têm adotado duas abordagens empíricas principais. As abordagens focadas nas variáveis utilizam estatísticas multivariadas para testar ligações entre as medidas do grau de risco ou adversidade, resultado e potenciais qualidades do indivíduo ou do ambiente que podem funcionar para compensar ou proteger o indivíduo das consequências negativas do risco ou adversidade. Os principais efeitos em modelos orientados para as variáveis refletem, teoricamente, a contribuição independente de riscos ou proteção ou atributos bipolares para o curso da resposta esperada, embora a causalidade não possa ser determinada neste tipo de estudos correlacionais. Por outro lado, as abordagens focadas na pessoa comparam pessoas que têm perfis diferentes, transversal ou longitudinalmente, num conjunto de critérios, para determinar o que diferencia as pessoas resilientes de outros grupos de pessoas (Masten, 2001). As abordagens focadas na pessoa tentam capturar os padrões configuracionais de adaptação que ocorrem naturalmente. A maioria das abordagens focadas na pessoa procura identificar grupos de indivíduos com diferentes padrões de funcionamento adaptativo (elevado versus baixo, julgado em vários critérios simultaneamente) em diferentes contextos de vida de (elevado versus baixo risco ou ameaça), tendo como objetivo examinar o que poderia explicar as diferenças de resultado (Masten, 2001). Numa e noutra abordagem, é fundamental para aferir o processo de resiliência a avaliação do risco, de proteção e de ajustamento.

## **2. Resiliência: fatores de risco, fatores de proteção e indicadores de ajustamento e modelos de desenvolvimento**

Por vezes é afirmado que o facto de um indivíduo ter um bom ajustamento ou ser bem-sucedido é sinónimo deste ser resiliente. No entanto, ajustamento ou

sucesso, uma adaptação normal ou acima da média, não é sinónimo de resiliência, a não ser que este seja conseguido após uma exposição ao risco. Para além disso, a resiliência pode manifestar-se de outras formas, como, por exemplo, através do evitamento de um resultado negativo (Fergus, & Zimmerman, 2005).

A avaliação do ajustamento de um indivíduo é algo controverso, uma vez que, além de ser subjetivo o modo como é avaliado um indicador de um bom ou mau ajustamento, podem existir diferentes formas de ser bem ajustado perante uma mesma determinada situação. Para além disso, uma mesma pessoa pode ser ajustada numa determinada área, não significando que o seja nas demais (Masten, 2002). Para além disso, alguns autores questionam se pode ser considerada resiliente aquela pessoa que apresenta, por exemplo, ausência de psicopatologia numa situação de elevado risco para o desenvolvimento da mesma (ex. doença mental de ambos os pais) ou se, por outro lado, será sempre necessário que demonstre um nível de proficiência no seu ajustamento acima da média, algo que pode variar com a idade e condições de vida. Por fim, a questão que se coloca é: quais os critérios de ajustamento que se devem considerar mais importantes, se os internos (ex. felicidade) ou os externos (ex. bons resultados em termos académicos ou profissionais)? A investigação em resiliência tem privilegiado o ajustamento externo, isto é, a capacidade de as pessoas irem dando resposta às tarefas desenvolvimentais (Coimbra, & Fontaine, 2015), pelo que um dos desafios que se coloca também no estudo da resiliência de adultos e idosos é compreender o que é considerado um bom resultado de ajustamento quando as expectativas normativas são menos homogêneas.

Este é, sem dúvida, um aspeto polémico na investigação em resiliência que parece merecer uma investigação mais pormenorizada (Coimbra, & Fontaine, 2015), mas não é o único. Além do ajustamento, quando falamos em resiliência, temos também outros dois constructos presentes: os fatores de risco e os fatores de proteção.

Em termos de fatores de risco, estes têm sido definidos quer em termos da sua frequência, como da sua intensidade, estabilidade e generalidade, podendo ser de natureza pessoal, social ou ambiental. São os fatores que aumentam a probabilidade de resultados disfuncionais ou menos positivos no desenvolvimento

e ajustamento dos indivíduos. Não existe uma definição universal de risco, pelo que as situações ou acontecimentos adversos podem ser classificados e funcionar ou não como fatores de risco, dependendo da visão subjetiva do indivíduo e das suas condições de vida. Assim sendo, o que pode ser considerado fator de risco para um indivíduo, pode não o ser para outro (Coimbra, & Fontaine, 2015).

Apesar desta variabilidade e subjetividade, existem alguns fatores cujos efeitos negativos são consensualmente negativos. Um desses fatores de risco incontornáveis, o mais frequentemente estudado, é a pobreza e os seus correlatos. Esta parece ser um terreno fértil não só para a acumulação, como para a transmissão intergeracional de circunstâncias adversas (Coimbra, & Fontaine, 2015). No entanto, outras ameaças, quer dentro da família (ex. morte, divórcio, doença, violência física e psicológica ou desemprego parental), quer fora dela (ex. catástrofes, instabilidade social ou política, vitimização) têm sido estudadas, sendo a existência de riscos acumulados particularmente frequente e danosa para o desenvolvimento. Podem ainda ser apontadas como aspetos negativos que constituem risco para o desenvolvimento as atitudes discriminatórias e preconceituosas (Rutter, 1987). Mais uma vez, há que sublinhar que o risco em pessoas idosas tem sido menos estudado e sistematizado, embora a vitimização na família e na sociedade e o isolamento e solidão possam agravar algumas transições que desafiam as estratégias de coping dos idosos, como é o caso da reforma, viuvez, doença, dependência ou institucionalização.

Contrariamente aos fatores de risco, os fatores de proteção têm sido identificados como possuindo a capacidade de contrabalançar os efeitos da adversidade, permitindo, por conseguinte, diminuir ou anular os seus efeitos negativos. Os fatores de proteção podem ser recursos ou trunfos internos (ex. inteligência, autoeficácia, personalidade atrativa, competências sociais) ou externos (ex. apoio da família nuclear e alargada e de outras pessoas significativas, por exemplo na Igreja ou na vizinhança).

Masten e Garmezy (1985) agruparam os fatores de proteção em três grupos principais: 1) atributos disposicionais (ex. autoestima); 2) características familiares (ex. coesão familiar e ausência de conflitos); 3) características extrafamiliares (ex. disponibilidade de redes de apoio social comunitários).

Estes fatores de proteção reduzem o impacto do risco através da alteração da exposição ou do envolvimento do indivíduo com o risco, da redução das reações negativas decorrentes da exposição a ele, da manutenção da autoestima e autoeficácia em situações de adversidade ou, ainda, pela criação de oportunidades para reversão dos seus efeitos (Rutter, 1987).

Para podermos avaliar a resiliência, temos, assim, que ter em conta o ajustamento, os fatores de risco e de proteção, mas, além disso, é também importante compreender a interação entre eles que subjaz aos diferentes modelos de desenvolvimento, perfis e trajetórias. A investigação no domínio da resiliência tem demonstrado empiricamente a existência de três modelos possíveis de desenvolvimento da resiliência. Estes três modelos explicam a interação entre os mecanismos de proteção e de risco, na aceção da resiliência como processo cíclico, renovado e renovável. São eles o modelo compensatório, o de proteção e o de desafio (Coimbra, & Fontaine, 2015; Fergus, & Zimmerman, 2005).

De acordo com o modelo compensatório, o desenvolvimento da resiliência pode ocorrer quando um mecanismo de proteção contraria ou anula o efeito do risco. Este modelo pressupõe, por conseguinte, um efeito direto do fator de proteção sobre o resultado em termos de adaptação, de forma independente e em direção oposta ao próprio mecanismo de risco (Fergus, & Zimmerman, 2005).

Segundo o modelo de proteção, os fatores de proteção, perante uma situação de risco, são ativados, reduzindo ou amortecendo o impacto do risco. Por outro lado, se estes recursos se encontram presentes quer exista ou não “ativação” dos mesmos por uma situação de risco, pode falar-se então de fatores de promoção (Fergus, & Zimmerman, 2005).

O terceiro e último modelo, o modelo de desafio, pressupõe a existência de níveis de risco ótimos que produzem efeitos benéficos ao proporcionar a oportunidade de desenvolver capacidades e mobilizar recursos. Trata-se de um modelo onde existe uma associação curvilínea entre o fator de risco e o resultado em termos de desenvolvimento: se o risco for muito alto ou muito baixo, os resultados associados são negativos, caso o nível de risco se apresente como moderado, os resultados produzidos serão menos negativos ou até mesmo positivos. Este modelo é também designado de modelo de *inoculação* ou de

*endurecimento*: uma exposição contínua e moderada a níveis de risco razoáveis (e.g. conflito, frustração) prepara as pessoas em relação a riscos futuros, que tenham características semelhantes mas de maior magnitude ou intensidade. Contudo, se o primeiro impacto for demasiado forte, pode ser debilitante e mais provavelmente irá conduzir ao desânimo aprendido e à depressão (Coimbra, & Fontaine, 2015; Fergus, & Zimmerman, 2005).

Estes modelos de desenvolvimento, assim como a investigação em resiliência no geral, têm tentado perceber sobretudo o modo como as crianças e adolescentes conseguem sobreviver e superar a adversidade, sobretudo resultante de condições de pobreza, violência familiar e doença mental dos pais (Luthar et al., 2000). É verdade que durante muito tempo foi percebida como uma característica intrapessoal e sobretudo associada à infância e juventude, na medida em que são evidentes as diferenças no modo como diferentes pessoas “aguentam”, toleram ou respondem a situações de stresse ou adversidade. Contudo, não se pode negligenciar também o efeito dos contextos e fatores e recursos ambientais, uma vez que os mesmos desempenham um papel importante de proteção face à adversidade e de promoção de competência e de empoderamento que tornam mais provável que uma pessoa possa ser capaz de lidar com situações adversas (e.g., Tomás, Sancho, Melendez, & Mayordomo, 2012). Para além disso, os estudos nesta área por serem, maioritariamente, realizados com crianças e jovens, têm negligenciado aqueles que são os fatores de risco e proteção e indicadores de ajustamento associados a outras faixas etárias, em particular à população idosa, problemática que constitui o enfoque principal deste trabalho.

### **3. Envelhecimento e resiliência nas pessoas idosas**

O envelhecimento é um dos principais desafios do século XXI. Com a diminuição da fecundidade e simultâneo aumento da esperança média de vida, o número de idosos na sociedade disparou, tornando as sociedades desenvolvidas



em sociedades envelhecidas. De acordo com o EUROSTAT (2012), três em cada dez pessoas, em Portugal, terão 65 ou mais anos em 2050.

Sendo um reflexo dos progressos da humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, o envelhecimento é, em princípio, um fenómeno positivo quer para os indivíduos, quer para a sociedade. No entanto, gera, em contrapartida, uma série de consequências económicas complexas para a sociedade que não está preparada para lidar com um rácio tão desigual entre pessoas idosas e jovens. No plano coletivo, o problema assenta nas exigências em termos das relações intergeracionais, uma vez que estas afetam as transferências económicas entre os diferentes grupos etários, ao nível social e familiar, em especial através do desequilíbrio crescente entre, por um lado, ativos e não ativos no mercado de trabalho e, por outro lado, entre jovens e idosos na sociedade e nas famílias (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013). O problema, porventura maior, é o lugar da velhice na sociedade ou aqueles que são os preconceitos e estereótipos em torno da pessoa idosa ou o idadismo (Neto, 2004). A velhice não deve nem pode ser vista como uma condição social de dependência e marginalização ou exclusão social, devendo as sociedades trabalhar no sentido de reposicionar e incluir todos os seus cidadãos, de todas as faixas etárias (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013).

A investigação sobre o envelhecimento de uma forma geral e da resiliência em pessoas idosas em particular torna claro que não estamos perante um fenómeno ou um grupo homogéneo e amorfo, sendo essencial perceber as singularidades e especificidades da sua heterogeneidade.

Riley (1988) estabelece nos seus estudos uma diferenciação da população idosa de acordo com a sua idade. Estabelece uma faixa entre os 65 e 74 anos, apelidando os indivíduos como sendo jovens idosos (também designados de terceira idade), entre os 75 e os 84 anos de idade que apelida de idosos e a partir dos 85 anos que apelida de idosos mais velhos (também designados de quarta-idade). No entanto, outros investigadores defendem que a idade cronológica do indivíduo não é o único aspeto que o define ou diferencia, sendo necessário ter em consideração três idades distintas, designadamente, a idade biológica, a social e a psicológica (Schroots, & Birren, 1990). A idade biológica engloba a diminuição do

estado de saúde, do funcionamento e eficácia do indivíduo, estando associada ao envelhecimento orgânico. A idade social decorre das funções e expectativas sociais, sendo influenciada pelas estruturas sociais do sujeito. Por último, a idade psicológica baseia-se, fundamentalmente, nas alterações a nível comportamental e perceptivo e encontra-se relacionada com o desenvolvimento do indivíduo a nível cognitivo e emocional, com as suas motivações e competências adaptativas (Schroots, & Birren, 1990).

Os conceitos de velhice e envelhecimento, apesar de utilizados inúmeras vezes como sendo sinónimos, são distintos. A velhice é um conceito que diz respeito a um período etário, ainda que difira grandemente de indivíduo para indivíduo, em função de várias características como o seu género, nível de escolaridade ou económico ou contexto de vida. Já o envelhecimento é um processo contínuo, complexo e heterogéneo que se relaciona com uma perda irreversível e progressiva das capacidades de adaptação ao meio, decorrente de fatores psicológicos, fisiológicos e sociais. Neste sentido, trata-se de um processo que reflete uma realidade biológica incontornável, com uma dinâmica própria, mas que também está associada às construções biopsicossociais que cada sociedade e cada indivíduo faz desta etapa da vida (Martins, 2015). Neste contexto, faz todo o sentido o contributo da resiliência.

Para Neri (2008), os idosos são aqueles indivíduos que, num dado contexto sociocultural, são assim denominados em função das diferenças por si exibidas em termos de força, funcionalidade, produtividade e desempenho de papéis sociais primários, em comparação com outros adultos, não idosos. É importante, contudo, que no estudo do envelhecimento o enfoque não seja apenas na diferença por défice ou na rutura, mas sim na continuidade e no enriquecimento. Neste contexto, alguns autores chamam a atenção para a necessidade de um envelhecimento bem-sucedido que inclui três componentes: baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada com doença; capacidade funcional cognitiva e física alta; e compromisso ativo com a vida. Quer a primeira quer a segunda componente são importantes, mas é a combinação com a terceira componente que definirá o “sucesso” no envelhecimento (Rowe, & Kahn, 1997). De acordo com Pinazo & Sánchez Martínez (2006), um envelhecimento produtivo ou ativo seria toda a

atividade que implica a criação de riqueza de algum tipo, seja económica seja pessoal ou social.

Durante o nosso percurso de vida, todos nos deparamos com dificuldades. Na velhice, sentimentos de perda e outros stressores desenvolvimentais estão muitas vezes e mais provavelmente presentes (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011). Ainda assim, tem sido demonstrado que, ao contrário do que se pensa, o bem-estar subjetivo não diminui para a maioria das pessoas idosas (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011), indicando, deste modo, um ajustamento manifestado por parte das mesmas perante as adversidades a que são expostas. A investigação tem, por conseguinte, vindo a demonstrar que a capacidade de moderação do impacto destes stressores no dia-a-dia está presente na maioria dos idosos (Hardy et al., 2004), sugerindo a existência de “fontes de força” que tornam os idosos resilientes. Estas fontes de força, que moderam este impacto de fatores adversos, podem ser designadas, no contexto da investigação em resiliência, de fatores de proteção, como é o caso do apoio social, das relações interpessoais, da personalidade ou da disponibilidade de recursos socioeconómicos.

Deste modo, para alguns investigadores a velhice é uma etapa caracterizada pela sua resiliência (Ebner, Freund, & Baltes, 2006). Não obstante, os estudos sobre resiliência nas terceiras e quartas idades são muito escassos. Normalmente, como já foi referido, a literatura apenas se foca na resiliência na criança e em jovens, enfatizando na velhice apenas os fatores de risco, como o declínio da saúde e autonomia, a reforma e a perda de poder de compra, o isolamento e a vulnerabilidade social, o abuso de álcool e drogas, a violência ou a viuvez e a morte de outras pessoas significativas (Domajnko, & Pahor, 2014). De facto, viver mais significa estar mais exposto a problemas de saúde, assim como a um declínio das redes pessoais e sociais. Para além disso, a dependência funcional ou mesmo económica de outrem é mais frequente com o avançar da idade. Em suma, o envelhecimento acarreta riscos próprios da idade, relativos à saúde, isolamento social e solidão propriamente dita, da dependência não só física e mental, mas também, em muitos casos, económica e ainda o problema da estigmatização em relação aos chamados “velhos” (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013). Contudo, apesar das vulnerabilidades e dos riscos, são apresentadas, por

muitos idosos, capacidades que lhes permitem ultrapassar as adversidades e, assim, adaptar-se e viver a velhice com satisfação e bem-estar (Edwards, Hall, & Zautra, 2012). Nesta perspetiva, a resiliência poderia fazer a diferença entre a mera sobrevivência e o desenvolvimento ao longo de toda a vida, refletindo-se na capacidade de lidar com situações críticas e de alcançar resultados satisfatórios apesar dos desafios e das fontes de stresse ou mesmo adversidade na terceira idade (Leipold, & Greve, 2009). Estando numa idade mais avançada, encontram-se numa etapa da vida em que é mais provável que, no seu passado como no presente, tenham sido expostos a situações adversas, sendo esse mais um motivo para o interesse do estudo da resiliência nesta faixa etária (Hardy et al., 2004).

Como vimos anteriormente, algumas características individuais, como a autoestima e a autoeficácia, bem como características familiares e sociais, como a coesão familiar ou a existência de uma rede de apoio social, são importantes fatores de proteção para qualquer pessoa (Hardy et al., 2004; Rutter, 1987). Tal é também naturalmente extensível às pessoas idosas. Deste modo, analogamente, algumas pesquisas efetuadas, identificam, nas pessoas mais velhas, diversas fontes de força que amortecem ou absorvem o impacto de influências negativas, como o declínio da saúde ou o aumento da solidão. Janssen, Van Regenmortel, & Abma (2011) encontraram três diferentes domínios onde ocorriam estas fontes de força: o domínio individual, interacional e contextual (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011).

O primeiro domínio, o individual, é referente às qualidades da pessoa e, neste domínio, encontram-se fontes de força como o orgulho na sua personalidade, aceitação e abertura sobre a própria vulnerabilidade, antecipação de perdas futuras, uma atitude de *carpe diem*, entre outras (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011). A aceitação psicológica, por exemplo, parece estar positivamente associada à qualidade de vida nas pessoas idosas. Este constructo envolve a predisposição para experienciar eventos psicológicos (pensamentos, sentimentos, memórias) sem os evitar ou deixar que estes influenciem negativamente o comportamento ou humor (Butler, & Ciarrochi, 2007). De acordo com a perspetiva destes autores, a existência deste fator na velhice é particularmente importante para a resiliência, na medida em que potenciará uma melhor integração de eventos adversos ou estranhos ao quotidiano dos sujeitos. De facto, num estudo qualitativo

com mulheres idosas desenvolvido por Gattuso (2003), é diferenciado o envelhecimento bem-sucedido do envelhecimento resiliente, sendo que o primeiro é importante na representação do declínio do envelhecimento mas, no entanto, só o segundo é que integra toda a complexidade e a mistura de ganhos e perdas associados a esta fase de vida. A análise das narrativas das participantes no estudo, acerca do envelhecimento e das suas experiências passadas, permitiu identificar que ser resiliente era o resultado de alguma imunidade que era ganha aos efeitos da adversidade e às mudanças de vida, aproximando-se ao modelo de desenvolvimento de desafio ou inoculação anteriormente referido (Fergus, & Zimmerman, 2005). Joy, uma das participantes, relembando a sua infância problemática, casamento infeliz e separações, afirma: “As coisas que me aconteceram na minha vida são aquelas que me tornaram quem eu sou hoje” (Gattuso, 2003, p.174). Esta capacidade de aceitação poderá estar associada a características disposicionais da personalidade, mas também poderá ser aprendida e promovida, sendo operacionalizada neste trabalho na variável gratidão que desenvolveremos mais à frente.

Já no domínio interacional, o fortalecimento das relações (in)formais e a capacidade de manutenção de relações de reciprocidade nas relações de ajuda foram identificadas como importantes fontes de força ou proteção nesta faixa etária. As redes sociais nas pessoas idosas são particularmente importantes pelo seu maior risco para o isolamento ou mesmo exclusão social. Ao longo do processo, que é o envelhecimento, são experienciadas muitas mudanças, normativas e não normativas, passando-se, na maioria das vezes, de uma vida profissional ativa e em família, para uma vida a dois e, por fim, uma vida só, após a viuvez. As principais transições normativas que ocorrem nesta fase da vida (reforma e viuvez) são acompanhadas, frequentemente, de sentimentos de solidão que podem ser atenuados pelas redes sociais em que as pessoas estão inseridas (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013). Estas redes permitem que as pessoas idosas mantenham a sua identidade social, recebam apoio emocional, ajuda material, serviços, informação e, ainda, estabeleçam novos contactos sociais (Walker, MacBride, & Vachon, 1997) sendo, deste modo, um importante mecanismo de proteção social para as pessoas mais velhas (Lyberaki, & Tinios, 2005).

Estas redes sociais estão associadas também ao terceiro e último domínio, o contextual. Se é verdade que os indivíduos mais novos tendem a ter níveis de participação comunitária mais elevados, comparativamente com os mais velhos, também é verdade que a transição para a reforma ou aposentadoria representa um momento importante para uma reorganização, ao permitir uma maior disponibilidade devido à saída do mercado de trabalho. Vários estudos evidenciam a relação entre a participação social e os níveis de bem-estar na terceira idade, sendo que, a pertença associativa, a participação em atividades organizadas para a “terceira idade”, a participação informal em grupos de convívio e a prestação voluntária de cuidados a crianças e a outros idosos podem constituir fatores de proteção importantes (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013). Este grupo de recursos refere-se a um nível mais político e social, que inclui fontes de força como a disponibilidade de recursos materiais e acessibilidade a cuidados (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011).

Neste sentido, reconhece-se que a resiliência, na terceira idade, como nas demais faixas etárias, é influenciada não só por fatores internos mas também externos, onde se inclui a comunidade e as circunstâncias contextuais mais amplas mas também, muito em particular, as famílias (Luthar et al. 2000; Masten 2001).

Alguns resultados de investigação nesta faixa etária sugerem a importância destes fatores associados à integração e apoio social. Ao serem estudados idosos residentes na comunidade que sofreram um evento stressor nos últimos cinco anos, foi possível observar que embora a disponibilidade de um forte apoio social não significar automaticamente a manifestação de resiliência, só o facto de viver acompanhado parece ser preditor da mesma. Este resultado é ilustrativo da importância das redes sociais como importante fator de proteção face à adversidade também nesta faixa etária (Hardy, Concata, & Gill, 2004; Wells, 2010). Deste modo, para além de fatores pessoais e de fatores económicos e sociais (como o capital social), a existência de relações e experiências sociais positivas entre indivíduos (ex. família, suporte e vida social comunitária) são, por conseguinte, fatores de proteção importantes na resiliência das pessoas idosas (Domajnko, & Pahor, 2014).

Neste trabalho, será sobretudo enfatizada, no domínio relacional, a solidariedade intergeracional familiar. A resiliência representa um processo dinâmico com várias interações que se move gradualmente, passo a passo e com possíveis retrocessos (imaginemos dois passos à frente e um atrás) que permite ao indivíduo atingir um sentido de bem-estar, de pertença e de ajustamento. A resiliência dá aos indivíduos mais velhos, a capacidade de continuar, na velhice, a viver uma vida com sentido, estando integrados no contexto em que vivem (Nelson-Becker, 2006). Estudar a resiliência na velhice reveste-se da máxima importância atendendo, por um lado, ao envelhecimento da população, e, por outro, a ser um período de vida em que as pessoas mais provavelmente passam por momentos adversos e stressantes como o declínio das funções cognitivas, da autonomia e da saúde, aumento do isolamento e vulnerabilidade social, morte do cônjuge, de familiares e outras pessoas significativas e a antecipação da própria morte (Ryff, Singer, Love, & Essex, 1998). O estudo da resiliência na velhice, ou nas designadas terceira e quarta-idades, poderá assumir particular importância na compreensão e promoção do designado envelhecimento bem-sucedido. No âmbito deste estudo, as variáveis qualidade de vida e satisfação com a vida serão os indicadores de ajustamento considerados. A solidariedade intergeracional e gratidão, conforme o referido, serão os fatores de proteção interna e externa privilegiados. Segue-se, nos pontos seguintes, uma breve descrição de cada uma destas variáveis.

#### **4. Qualidade de vida e satisfação com a vida**

A qualidade de vida é, incontornavelmente, um dos principais indicadores de ajustamento de uma forma geral e nas pessoas idosas em particular, sobretudo se tivermos em consideração que é um grupo etário que pode ter condições objetivas e subjetivas de vida que podem ser decisivas para a sua vulnerabilidade (Castellón, 2003) ou resiliência.

A definição de qualidade de vida não é simples, uma vez que varia de cultura para cultura e mesmo de indivíduo para indivíduo, flutuando ao longo do ciclo de

vida e/ou dos contextos de vida. Muito embora existam alguns critérios objetivos incontornáveis, a qualidade de vida é eminentemente subjetiva e, portanto, está relacionada com a percepção que cada um tem de si e dos outros e do que o rodeia, sendo avaliada de acordo com as circunstâncias em que o próprio indivíduo se encontra (Ribeiro, 2007).

A qualidade de vida pode ser definida como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores no qual vive e em relação àqueles que são os seus objetivos, expectativas e preocupações (World Health Organisation Quality of life WHOQOL Group, 1994). Este construto, apesar do ambiente social e dos valores o influenciarem, é, potencialmente, determinado por fatores objetivos e subjetivos, sendo por isso multidimensional (Cummins, Ferriss, Hagerty, Land, Michalos, Peterson, Sharpe, Sirgy, & Vogel, 2001; Keith, 1994).

No entanto, existem diversas definições para a qualidade de vida e muitas vezes esta expressão é utilizada de forma pouco diferenciada de constructos como o bem-estar e muito em particular do bem-estar subjetivo ou satisfação com a vida. Para Neri (1993), qualidade de vida nas pessoas idosas corresponde ao bem-estar psicológico, percebido e subjetivo, a um envelhecimento satisfatório ou bem-sucedido. O modelo de Lawton (1989) apresenta quatro dimensões referentes e/ou que contribuem para a qualidade de vida nos idosos: competência comportamental; condições ambientais; qualidade de vida percebida; e bem-estar subjetivo. Fernández-Ballesteros (2002) propõe um modelo que relaciona dez áreas fundamentais para a avaliação da qualidade de vida de pessoas idosas: saúde subjetiva; autonomia; atividade; satisfação social; apoio social; satisfação com a vida; nível de rendimentos; serviços sociais; recursos culturais; e qualidade da casa, que tem em conta a opinião do indivíduo quanto à casa onde vive, assim como quanto aos vizinhos, bairro e outros. Deste modo, para estes autores, a qualidade de vida inclui o bem-estar subjetivo, mas não se reduz a ele. A qualidade de vida e a satisfação com a vida dos idosos varia na medida em que variam os fatores determinantes no designado envelhecimento bem-sucedido: serviços sociais e de saúde, características comportamentais, meio físico, características sociais e económicas (Paúl, 2005). Os próprios indivíduos mais velhos identificam, de acordo com alguns estudos, diversos fatores que consideram que contribuem



de forma mais decisiva para a sua qualidade de vida: saúde, autonomia, fatores psicológicos (solidão, personalidade, sentimentos de inutilidade que afetam a sua percepção de bem-estar), ambiente apropriado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), autoestima e dignidade, assim como privação económica. A percepção dos indivíduos mais velhos sobre a sua qualidade de vida não é, ao contrário do que se possa pensar, inteiramente negativa, existindo muitos que parecem classificá-la como positiva (Llobet, Ávila, Farràs Farràs, & Canut, 2011).

As experiências de ócio ou lazer têm-se revelado também como um importante fator de qualidade de vida, uma vez que trazem inúmeros benefícios ao melhorar determinadas situações e ao proporcionar ganhos a nível pessoal, do grupo ou da sociedade. Estas experiências assumem especial relevância nos idosos, já que os mesmos têm muito mais tempo livre (Martínez Rodríguez, & Gómez Marroquín, 2005).

Num estudo realizado por Marques, Sánchez, & Vicario (2014), foram exploradas, num grupo de 48 idosos (dos quais 24 homens e 24 mulheres), quais as suas percepções relativamente à sua qualidade de vida. Ao serem analisadas as respostas dos 48 idosos entrevistados, verificou-se que ocuparam maior espaço textual na categoria “bem-estar pessoal” (52%), seguida da “ocupação” com 40%, das “relações interpessoais” com 33% e das “condições económicas” com 24%. As outras categorias ocuparam apenas 12,1%. Os autores concluíram, após análise das respostas, que a qualidade de vida para estes idosos significa ter saúde, paz, harmonia, ser feliz, estar satisfeito com a vida, manter-se ocupado, seja com atividades de ócio, de voluntariado ou com o trabalho, manter relações interpessoais ou receber apoio da família, dos amigos e vizinhos. A abordagem da qualidade de vida do idoso não reúne consenso. Contudo, e na opinião de diversos autores, pode dizer-se que a qualidade de vida no idoso se caracteriza, à imagem do que acontece com outras faixas etárias, pela sua multidimensionalidade. Além de ter em atenção o funcionamento físico, energia e vitalidade pessoal, preocupa-se ainda em contar com fatores como o bem-estar psicológico e emocional, a ausência de problemas de comportamento, o funcionamento social e o sexual, os apoios recebidos e percebidos, a par da satisfação com a vida e a percepção do estado de saúde (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014).

A satisfação com a vida, ou bem-estar subjetivo, revela-se como um dos fatores tidos em conta aquando da avaliação da qualidade de vida, contribuindo para a utilização indiscriminada de ambos os conceitos (e.g., Fleck, 2000; Marques, Sánchez, & Vicario, 2014). A satisfação com a vida (SV) está relacionada com o conceito de saúde, no sentido amplo do termo, englobando também a satisfação de necessidades a nível social e psicológico e não se restringindo, por conseguinte, apenas à saúde física (Neugarten, 1969) e nem mesmo à mera ausência de doença mental. O bem-estar é um constructo bastante complexo que está associado à experiência e funcionamento ótimos (Ryan, & Deci, 2001).

Existem inúmeras formas de conceptualizar e medir o bem-estar. Em particular, distinguem-se as perspetivas eudemónica e hedónica correspondentes, respetivamente, ao bem-estar psicológico e ao bem-estar subjetivo (Lent, 2004). De acordo com a abordagem eudemónica, inspirada por Aristóteles, a felicidade pessoal ou o bem-estar ultrapassa a homeostasia ou a satisfação de necessidades, sendo caracterizada pela busca da atualização do potencial humano para encontrar a nossa verdadeira natureza. O foco centra-se mais naquilo que a pessoa faz ou pensa e não naquilo que está a sentir (Lent, 2004). A perspetiva eudemónica, por comparação com a perspetiva hedónica, pode ser vista como mais ampla e amorfa, uma vez que envolve diversas experiências e mecanismos (objetivos pessoais, valores), através dos quais as pessoas atingem um crescimento pessoal e procuram um propósito nas suas vidas, implicando por isso que haja formas alternativas ao bem-estar, sem ser apenas “sentir-se bem” (Lent, 2004). Foca-se no significado e na autorrealização, ainda que implique que, no processo que conduz a essa finalidade, as pessoas nem sempre passem, necessariamente, por experiências positivas (Lent, 2004; Ryan, & Deci, 2001).

Numa abordagem hedónica, o bem-estar consiste em experienciar ao máximo o prazer e evitar a dor ou sofrimento, sendo a felicidade o resultado dos diferentes momentos que permitem a satisfação das necessidades. Corresponde ao conceito de bem-estar subjetivo, o qual engloba, na sua conceção, uma dimensão mais cognitiva- a satisfação com a vida - e uma mais afetiva - o afeto positivo e ausência de afeto negativo. A satisfação com a vida corresponde sobretudo a um balanço cognitivo que é alimentado pela satisfação com domínios ou contextos específicos da vida com o trabalho, com a relação amorosa e outros.

No que diz respeito ao nível afetivo, indivíduos com alto bem-estar subjetivo sentem principalmente emoções agradáveis devido, em grande parte, à apreciação positiva dos acontecimentos de vida, enquanto os indivíduos que têm um bem-estar subjetivo baixo, apreciam as circunstâncias e acontecimentos de vida como algo indesejável, sentindo emoções desagradáveis como ansiedade, depressão e raiva (Diener, & Biswas-Diener, 2009; Diener, & Myers, 1995; Lent, 2004; Ryan, & Deci, 2001).

A satisfação com a vida, uma das dimensões do bem-estar subjetivo, não tem apenas em conta a qualidade de vida ou a satisfação das necessidades humanas básicas, mas reflete os julgamentos que cada pessoa faz acerca da sua vida (Diener, & Suh., 2000). Embora a avaliação do bem-estar subjetivo esteja associada a algumas variáveis individuais, como a extroversão, ou características demográficas, como os rendimentos económicos ou a situação de emprego (Ryan, & Deci, 2001), ela vai refletir essencialmente o balanço cognitivo que cada pessoa vai fazer de acordo com os seus próprios critérios. Durante muito tempo, até à década de 60 do século passado, o bem-estar era associado à ausência de eventos de vida desagradáveis e a características demográficas como estar casado ou ter uma boa condição financeira, numa lógica designada “de baixo para cima”. Hoje os resultados indicam que é uma avaliação que depende mais das “lentes” cognitivas que se usam para ver e ler o mundo e as condições de vida, adotando-se uma abordagem “de cima para baixo”. Trata-se, por conseguinte, de uma avaliação relativamente independente de outras características, aquela que define o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem as experiências de forma mais ou menos positiva (Diener, 1984; Lent, 2004; Ryan, & Deci, 2001). Deste modo, no caso das pessoas idosas, embora a grande maioria seja portador de, pelo menos, uma doença crónica e apesar de outras possíveis e prováveis perdas - financeiras, de autonomia ou de rede social - nem todas ficam limitadas por essas perdas ou permitem que as mesmas se reflitam num decréscimo da sua satisfação com a vida (Ramos et al. 1993).

## **5. Solidariedade intergeracional**

Num estudo qualitativo realizado por Ng e colegas (2002) verificou-se que a coresidência com os filhos adultos é benéfica para os idosos. Através da entrevista a 50 idosos de Hong Kong de acordo com as suas condições de vida, proximidade geográfica e relações intergeracionais com os filhos adultos, os autores verificaram que a coresidência com os filhos adultos ou tê-los por perto providencia uma sensação de segurança, fazendo com que os idosos se sintam menos preocupados no seu dia-a-dia e com a segurança de que, se tiverem uma emergência, terão alguém para os ajudar (Ng et al., 2002). O facto de os idosos viverem com a companhia dos filhos é, por si só, um fator de proteção com o valor acrescido de providenciar um contexto que facilita as trocas intergeracionais (Hărăguș, 2014).

O estudo da solidariedade no contexto familiar é importante na medida em que, em qualquer sociedade, a família ocupa um papel crucial no cruzamento de linhas de gerações (Lowenstein, 2007).

Ao longo das últimas décadas, nas sociedades ocidentais, algumas mudanças nas relações familiares foram notadas, devido a mudanças demográficas. O prolongamento da vida, a diminuição da fecundidade ou o adiamento da transição para a vida adulta levam ao aumento do número de famílias trigeracionais, não raras vezes em situação de coresidência (Fernandes, 2001). Contando com todos estes aspetos, enfatiza-se a necessidade de reforçar os estudos acerca do impacto psicológico para as diferentes gerações de todas estas mudanças demográficas e sociais constantes nas sociedades ocidentais, inclusive a sociedade portuguesa.

As relações intergeracionais dentro das famílias representam ligações sociais complexas e os membros da família encontram-se ligados por múltiplos tipos de solidariedade que, por vezes, podem ser contraditórios ou conduzir a ambivalência. No entanto, a reciprocidade das relações, o balanço do que se dá e recebe, numa lógica de “banco de solidariedade”, pode ser crucial para o bem-estar dos indivíduos (Antonucci, & Jackson, 1989; Antonucci, Fuhrer, & Jackson, 1990).

Bengtson e colaboradores (Bengtson, & Roberts, 1991) desenvolveram um quadro conceptual – o Modelo de Solidariedade Intergeracional - baseado na teoria

da troca social. Este paradigma tem orientado grande parte da pesquisa sobre as relações intergeracionais, em particular entre pais idosos e filhos adultos, ao longo das últimas três décadas (Coimbra, & Mendonça, 2013). Este modelo demonstrou ser vantajoso nos estudos da solidariedade entre gerações, focando-se na coesão familiar como algo importante para as relações entre os membros da família, o que é proveitoso para o bem-estar psicológico na velhice e até mesmo para a longevidade. De salientar que, numa boa parte dos estudos, o foco das trocas intergeracionais restringe-se ao nível financeiro, o que é algo limitador das relações intergeracionais (Coimbra, Ribeiro, & Fontaine, 2013).

O modelo conceptualiza a solidariedade intergeracional familiar como um fenómeno multidimensional, com seis componentes que refletem as relações de troca (Bengtson, & Harootyan, 1994; Roberts, Richards, & Bengtson, 1991):

1. Solidariedade estrutural: referente às oportunidades de interação definidas essencialmente a partir da proximidade geográfica da residência dos membros da família de diferentes gerações;
2. Solidariedade afetiva: avaliação feita acerca das relações afetivas ou qualidade da relação estabelecida entre diferentes membros da família
3. Solidariedade associativa: frequência e tipo de contacto ou atividades em conjunto que são feitas pelos membros da família de diferentes gerações;
4. Solidariedade consensual: consenso de opiniões entre os membros da família, relativo a opiniões, valores e orientações;
5. Solidariedade normativa: expectativas em relação às obrigações parentais e filiais, assim como as normas acerca da importância dos valores familiares;
6. Solidariedade funcional: reciprocidade de apoio intergeracional instrumental.

Lowenstein (2007) organiza as dimensões propostas por Roberts et al. (1991) em dois eixos principais: estrutural-comportamental, que inclui a estrutural, associativa e funcional; e afetivo-cognitiva, que inclui a afetiva, normativa e consensual.

Apesar das descobertas mostrarem a validade e fiabilidade das medidas das dimensões da solidariedade para avaliar a força dos laços familiares intergeracionais (ex., Bengtson, & Roberts, 1991), mostrando que a solidariedade não é algo unitário (Atkinson, Kivett, & Campbell, 1986), foi um modelo acusado de transmitir uma imagem muito prescritiva do modo como uma família se deve

comportar ou funcionar. De modo a ultrapassar esta crítica, os autores vieram a incluir também a dimensão de conflito no modelo, que contém a premissa de que os níveis de coesão e conflito predizem as relações entre pais e filhos e as suas consequências no futuro, passando a designar-se de paradigma de solidariedade-conflito. É preciso atender ao facto de que o conflito não só é normativo nas relações intergeracionais como não compromete necessariamente as trocas de apoio. A solidariedade e o conflito não se tratam de um continuum, sendo que as famílias podem exibir alto conflito e alta solidariedade, assim como baixo conflito e baixa solidariedade, dependendo da dinâmica familiar e da situação em questão (Lowenstein, 2007). Para além da incorporação do conflito, passaram também a ser considerados os possíveis efeitos negativos ou ambivalentes que podem advir do excesso de solidariedade, como é o caso da menor autonomia dos familiares que recebem ajuda ou o fardo da responsabilidade de quem a providencia (Silverstein, Chen, & Heller, 1996). A investigação tem corroborado a natureza multidimensional da solidariedade entre membros de diferentes gerações de uma mesma família (Silverstein, & Bengtson, 1997) e o papel fundamental da mesma para, particularmente para os mais idosos, aumentar a longevidade (Silverstein, & Bengtson, 1991) e o bem-estar (Silverstein, & Bengtson, 1994).

Relativamente à relação entre solidariedade e longevidade, os resultados parecem ser consensuais. Estudos forneceram evidências de que o apoio social providenciado pela família influencia a mortalidade e a morbilidade, em particular dos membros mais idosos, incluindo taxas mais baixas de doenças cardíacas, depressão e melhor coping ao lidar com a doença e invalidez (Lowenstein, 2007). Já a relação entre a solidariedade e bem-estar parece menos unívoca, parecendo variar bastante de acordo com os valores predominantes na sociedade (Lowenstein, 2007; Silverstein, & Bengtson, 1994). A maioria dos estudos que relacionam a solidariedade com o bem-estar estão focados no impacto da solidariedade nos beneficiários de ajuda, em geral os pais idosos, e assume-se que ser beneficiário de ajuda aumenta o bem-estar pessoal, ao contrário de ser um provedor de ajuda, que pode constituir um fardo, gerador de ansiedade e depressão e, portanto, reduzir o bem-estar (Coimbra, & Mendonça 2013).

No entanto, no caso de pais idosos, o facto de receber ajuda pode ser percebido como uma fragilidade, um sinal de perda de autonomia física e financeira e, portanto, neste caso, reduzir o bem-estar (Merz, Schulze, & Schuengel, 2010).

Contrariamente, ser provedor de ajuda parece estabelecer uma associação positiva e direta com o bem-estar (Midlarsky, & Kahana, 1994). Portanto, esta relação entre ser provedor ou recetor de ajuda com o bem-estar não é assim tão linear nem uniforme. Por outro lado, é muitas vezes experimentado pelos prestadores de ajuda sentimentos de felicidade e realização pessoal, percebendo a solidariedade intergeracional como uma oportunidade única para retribuir a ajuda recebida em fases anteriores da vida (Merz et al., 2010).

De facto, duas das grandes motivações para a solidariedade intergeracional são o altruísmo e reciprocidade. Os atos de altruísmo são motivados, maioritariamente, pela necessidade daqueles que recebem ajuda, enquanto os recíprocos são motivados principalmente pelo retorno da ajuda recebida anteriormente. Neste sentido, assume-se que a solidariedade intergeracional flui sobretudo das gerações mais velhas para as mais novas, esperando-se que haja uma inversão de papéis aquando da diminuição de autonomia, saúde e condições financeiras dos mais velhos. Portanto, enquanto inicialmente os pais são os principais provedores de ajuda, isto inverte-se quando se verificam as condições supracitadas (Coimbra, & Mendonça, 2013; Coimbra, Ribeiro, & Fontaine, 2013).

O apoio entre gerações é uma característica fundamental das relações intergeracionais (Schwarz, Albert, Trommsdorff, Gang Zheng, Shaohua Shi, & Nelwan, 2010). Hoje, mais do que em décadas anteriores, a importância dos laços intergeracionais entre membros da família é maior e as necessidades e qualidade de vida dos membros da família mais vulneráveis - em geral as pessoas mais idosas, mas também as mais jovens - depende grandemente do apoio providenciado pela família, em particular em sociedades onde os valores sociais predominantes são familistas e/ou o apoio público é escasso (Coimbra, & Mendonça, 2013). Torna-se importante compreender se essas trocas de apoio, não só o apoio dado, mas também o apoio recebido, são um preditor da satisfação com a vida e da qualidade de vida dos idosos.

## 6. Gratidão

A gratidão pode ser definida como uma atitude ou uma tendência para ver a vida inteira como uma dádiva ou como uma reação afetiva ao receber ajuda de outras pessoas (Alarcón, & Isasi, 2012). A gratidão é uma das “emoções empáticas” cujas raízes estão na capacidade de empatizar com os outros (Lazarus, & Lazarus, 1994). Em quase todas as culturas e ao longo de quase todos os momentos da História da humanidade, a gratidão tem sido tratada como um aspeto normal e normativo da personalidade e vida social. A gratidão tem despertado a atenção de psicólogos que têm interesse no comportamento social, personalidade e emoção. O estudo científico da gratidão desenvolveu-se mais nos finais do século XX, coincidindo com a emergência da chamada Psicologia Positiva (Barradas, Desfilis, Méndez, & Valero, 2014).

Não se tratando apenas de um sentimento, a gratidão requer também que seja reconhecido que alguém nos presenteou intencionalmente, até mesmo podendo ter custos pessoais com isso (Emmons, 2009; McCullough et al., 2001).

A gratidão resulta do reconhecimento da boa vontade dos outros, apreço pela generosidade e altruísmo de que se é alvo. A gratidão é, deste modo, uma resposta emocional positiva resultante de se ter recebido um benefício, o qual é percebido como resultado de uma boa intenção (Alarcón, & Isasis, 2012). Heider (1958) demonstrou que a gratidão é sentida pelos indivíduos quando recebem um benefício de alguém que, enquanto beneficiários, acreditam que foi intencional ou que era pretendido. Ele postulou que a perceção da intencionalidade do benefício era o fator mais importante para determinar se alguém se sentia grato depois de receber um benefício. Também previu que as situações em que um benfeitor invoca o dever de gratidão do beneficiário produziram o efeito oposto. Deste modo, Heider (1958) observou que os beneficiários preferem ter a sua gratidão atribuída a motivações internas do benfeitor ao invés de externas (por exemplo, dever ou norma social) (Heider, 1958).

Emmons e McCullough (2003), numa conceptualização mais recente da gratidão, consideram que é preciso ter em consideração três aspetos. Em primeiro lugar, o objeto de gratidão é sempre outro, como por exemplo, uma pessoa, uma divindade ou uma coisa. Segundo, a gratidão é uma resposta emocional gerada



pela ação de um benfeitor, aquele que proporciona o benefício (material, emocional ou espiritual) a outrem. Terceiro, e último ponto, a gratidão advém da avaliação das ações dos benfeitores como intencionais, mesmo que essas intenções sejam metafóricas. Analogamente, Fitzgerald (1998) identifica três componentes: 1) um sentido de apreço por algo ou alguém; 2) um sentido de boa vontade para com aquela pessoa ou benfeitor; e 3) uma disposição para atuar positivamente para com o benfeitor.

McCullough, Tsang, & Emmons (2004) consideram que a gratidão, concebida como um estado afetivo que se manifesta em três níveis: 1) como uma emoção – resposta breve, intensa e precisa, que surge de um evento externo considerado positivo; 2) como estado anímico – é um comportamento emocional relativamente estável durante um intervalo de tempo, com variações, embora não seja um estado emocional; e 3) como traço afetivo – a gratidão é uma tendência generalizada a reconhecer e responder com emoções de agradecimento à benevolência de outras pessoas, pelos benefícios que tenham sido recebidos.

A investigação tem sugerido uma associação positiva da gratidão com as condutas pró-sociais, as emoções positivas, a esperança e a satisfação com vida (McCullough, Emmons, & Tsang, 2002), um maior bem-estar físico, psicológico e subjetivo (Emmons, & McCullough, 2003) e ainda com a construção e manutenção de relações sociais significativas e duradouras (Fredrickson, 2004). Os resultados evidenciam também relações negativas com transtornos emocionais, como a depressão e a ansiedade (Bono, & McCullough, 2006), ou com sentimentos destrutivos, como a ganância, inveja e rancor (Emmons, 2009; Emmons, & McCullough, 2003). A gratidão encontra-se também associada significativamente à propensão geral para perdoar. De acordo com os resultados de Menezes (2009), as pessoas que apresentam mais características de gratidão tendem a ser mais propensas a perdoar, a libertar-se do ressentimento com mais facilidade, e com menor disposição para a vingança (Menezes, 2009).

Os resultados benéficos são inegáveis, pelo que é importante que a gratidão seja cultivada e expressada para a saúde e vitalidade dos indivíduos (Emmons, 2009). A gratidão, tendo como característica a reciprocidade, é um dos fenômenos mais importantes para a união das pessoas nas suas relações – para nos darmos

uns com os outros necessitamos de gratidão. Por este motivo é difícil sermos capazes de imaginar uma sociedade em que esta dinâmica de gratidão não exista numa base regular. Quem experiencia a gratidão apresenta uma maior sensação de conexão e de melhores relacionamentos e, ao contrário, quem viva sem estas experiências poderá sentir-se só, isolado e entristecido (Emmons, 2009). Na medida em que ajuda a lidar melhor com o *stress* e traumas (Emmons, 2009; Emmons, & McCullough, 2003), o desenvolvimento e treino da gratidão parece uma ferramenta importante para a promoção da resiliência ao longo do ciclo de vida.

Alguns estudos sugerem que as pessoas idosas parecem mais propensas a mostrar e valorizar a gratidão, identificando-a como uma experiência positiva e gratificante, principalmente em comparação com os jovens (Barradas, Desfilis, Méndez, & Valero, 2014). Os autores supracitados mostram que, quando as pessoas envelhecem, fazem uma reavaliação das suas metas e prioridades, trocando a sua procura pelo conhecimento e conquista, por eventos que os completem emocionalmente. A percepção da limitação do tempo de vida leva a que os seus recursos se foquem naquilo que lhes é efetivamente significativo e proporciona prazer (Barradas, Desfilis, Méndez, & Valero, 2014). Esta gratidão também muito provavelmente estará relacionada com a aceitação psicológica, referida anteriormente, que está positivamente associada à qualidade de vida (Butler, & Ciarrochi, 2007) e resiliência (Gattuso, 2003) das pessoas idosas.

## **Estudo Empírico**

### **1. Objetivos do estudo**

São objetivos do presente estudo:

1. Explorar, numa amostra de idosas não institucionalizadas residentes em áreas não urbanas, as diferenças em função da coabitação ou não com os filhos nos indicadores de ajustamento – satisfação com a vida, qualidade de vida e felicidade – e fatores de proteção interna e externa – gratidão e diferentes dimensões de solidariedade intergeracional.
2. Explorar os preditores dos indicadores de ajustamento – qualidade de vida e satisfação com a vida – em idosas não institucionalizadas residentes em áreas não urbanas.

### **2. Método**

Nesta secção, caracteriza-se a amostra das participantes no presente estudo, assim como os instrumentos selecionados para a operacionalização das variáveis, reportando-se os seus valores de consistência interna e descrevendo-se os procedimentos adotados para a recolha e análise de dados.

#### **2.1. Amostra**

A seleção dos participantes para este estudo foi realizada por conveniência, tendo sido definidos os seguintes critérios de inclusão para a amostra: ter idade igual ou superior a 70 anos, não estar institucionalizada, não apresentar défices cognitivos medicamente conhecidos e residir fora da zona urbana de Paços de Ferreira. Este último critério foi incluído devido ao facto de se pensar que na zona rural ou não urbana há uma maior probabilidade para a coabitação entre as gerações dos idosos e os seus filhos, ou para uma maior proximidade de

residência, o que, por conseguinte, aumenta a probabilidade de ocorrência de trocas intergeracionais.

Através do PORDATA, verificou-se um aumento considerável do índice de envelhecimento (número de pessoas com mais de 65 anos por cada 100 pessoas com menos de 15 anos, sendo que um valor inferior a 100 significa que há menos população idosa do que jovem) no concelho de Paços de Ferreira, passando-se de uma percentagem de 39.3%, em 2001, para 60.7%, em 2011. Em Portugal também se assistiu, no mesmo período, a um aumento de 101.6%, em 2001, para 125.8%, em 2011.

No que diz respeito ao índice de dependência dos idosos (número de pessoas com 65 anos ou mais por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos, sendo que um valor inferior a 100 significa que há menos idosos dependentes do que pessoas em idade ativa), este era de 14.7%, em 2010, quando em Portugal se verificava um índice de 27.9%. Em 2015, esse valor aumentou para 17.2% em Paços de Ferreira e para 31.4%. em Portugal. Estes dados sugerem que apesar do aumento do índice de envelhecimento e de dependência dos idosos nos últimos anos no concelho de Paços de Ferreira, estes valores continuam a ficar bastante abaixo da média nacional (cerca de metade).

Para aumentar a probabilidade de aceder à amostra, privilegiou-se o contacto através dos centros de dia. Devido à maior acessibilidade a senhoras idosas, decorrente não só da sua maior probabilidade de frequentar centros de dia, mas também da sua maior longevidade e disponibilidade para participar, optou-se por recolher uma amostra exclusivamente do género feminino. Para além disso, também se teve em conta que a solidariedade intergeracional é fortemente influenciada pelo género. Assim, todas as 30 participantes no estudo eram mulheres, na quase totalidade frequentadoras dos centros de dia do concelho de Paços de Ferreira, sendo que apenas uma não frequentava um centro de dia na localidade, tendo sido contactada por intermédio de um familiar da idosa que faz parte da rede de contactos da investigadora.

Os elementos da amostra têm idades compreendidas entre os 70 e os 95 anos, correspondendo a uma média de idades de 78.9 anos (DP = 6.58). Relativamente ao estado civil, as participantes são maioritariamente viúvas (n =

20), sendo uma solteira (n = 1), duas divorciadas (n = 2) e sete casadas (n = 7). Quanto à escolaridade, verifica-se que a maioria das inquiridas não tem estudos (n = 10), duas têm o 2º ano (n = 2), oito o 3º ano (n = 8), oito o 4º ano (n = 8) e apenas duas completaram o 6º ano de escolaridade (n = 2). Profissionalmente, trabalhavam, maioritariamente, como domésticas (n = 16) e como agricultoras (n = 6).

No que diz respeito às pessoas com quem habitam, conclui-se o seguinte: 16 idosas vivem com os filhos, das quais catorze exclusivamente com o(s) filho(s) (n = 14) e duas com o(s) filho(s) e o cônjuge (n = 2); 14 vivem sem os filhos, das quais quatro com o cônjuge (n = 4), oito sozinhas (n = 8) e duas com outros familiares (n = 2)).

## **2.2. Instrumentos**

De forma a dar resposta aos objetivos formulados, foram utilizados instrumentos de autorrelato para a operacionalização das variáveis em estudo, tendo sido privilegiados nesta seleção instrumentos já previamente adaptados para a população portuguesa e, preferencialmente, para a população idosa.

O *Índex de Solidariedade Intergeracional* (Bengtson & Roberts, 1991, adaptado por Monteiro, 2010) foi o instrumento utilizado com o objetivo de avaliar a solidariedade intergeracional. Foram selecionadas as escalas referentes à interação entre as participantes da nossa amostra e os seus filhos e/ou outros familiares em termos de oportunidade de interação, associadas à proximidade geográfica da família (solidariedade estrutural), das relações afetivas (solidariedade afetiva) e de trocas de apoio intergeracional (solidariedade funcional). Um exemplo de um item desta escala é “*De uma forma geral, com que frequência costuma ajudar os seus filhos ou outros familiares nas tarefas domésticas?*”. A escala de resposta é uma escala de Likert de frequência que varia entre 1= nunca e 6=sempre, tendo ainda sido acrescentada a opção Não se aplica, para o caso das participantes que não têm filhos ou ninguém que desempenhe esse papel. No presente estudo, foi observado um valor de confiabilidade excelente para a solidariedade intergeracional afetiva (alfa de Cronbach = .95), muito bom para a solidariedade intergeracional recebida (alfa de Cronbach de .85), bom para a solidariedade

intergeracional dada (alfa de Cronbach = .77) e baixo ou condicional para a solidariedade intergeracional estrutural, o que pode dever-se ao menor número de itens, apenas dois, sendo um referente à distância geográfica e outro frequência de contacto (alfa de Cronbach = .53).

A *Escala de Satisfação com a Vida* (Diener, Emmons, Larsen & Grifflins, 1985) é uma escala de autorresposta com escala de resposta do tipo *Likert* com cinco pontos (de 1= discordo totalmente até 5 = concordo totalmente), que permite avaliar a apreciação cognitiva global que os sujeitos fazem acerca da sua própria vida. Domínios específicos como a saúde ou as finanças não são avaliados diretamente através desta escala. No entanto, a escala permite que os sujeitos ponderem e integrem (ou não) estes domínios do modo que melhor entenderem. Quanto maior for a pontuação obtida, melhor é a apreciação cognitiva do sujeito em relação à sua própria vida. Neste estudo, utilizou-se a versão portuguesa que resulta de uma adaptação feita por Neto e colaboradores (Neto, Barros, & Barros, 1990). Um exemplo de um item da escala é “*As minhas condições de vida são excelentes*”; A consistência interna observada no presente estudo é boa, de .74.

A *Escala de Felicidade Subjetiva* (Lyubomirsky, & Lepper, 1999) é um instrumento composto por quatro itens que avaliam a percepção subjetiva de felicidade. Em dois dos itens desta escala é pedido aos indivíduos para se caracterizarem por comparação absoluta e relativa com os seus pares, enquanto nos outros dois itens é pedido que indiquem o quanto se identificam com a caracterização de felicidade e infelicidade. A resposta para cada item é dada, no original, numa escala de 7 posições, em que 1 representa o menor nível de felicidade e 7 o maior nível de felicidade. A pontuação total é obtida através da média das respostas nos quatro itens (a quarta foi revertida) e as pontuações mais altas correspondem a uma maior felicidade subjetiva. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa desta escala, adaptada por Coimbra (2008), em que a escala de resposta é de cinco pontos. Um dos itens da escala é “*Em geral, considero-me uma pessoa: 1= muito triste; 2= triste; 3=nem triste nem feliz; 4= feliz; 5= muito feliz*”. Foi observado um alfa de Cronbach muito bom, de .84.

O *Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde* (Power, Quinn, & Schmidt WHOQOL-OLD Group, 2005, adaptada por Vilar, & Simões, 2009) é uma escala que visa avaliar a opinião, pensamentos e sentimentos das pessoas quanto a diferentes componentes da sua

qualidade de vida. É composta por 24 itens, cada um com cinco opções de resposta. Um score mais elevado indica uma maior qualidade de vida. Neste estudo usamos 12 dos itens deste instrumento (e.g., "*Nas duas últimas semanas, em que medida acha que a sua dor (física) o/a impede de fazer o que precisa?*"). Foram observados valores bons de confiabilidade deste instrumento no presente estudo, com um alfa de Cronbach de .74.

*Questionário da Gratidão (Gratitude Questionnaire-6 (GQ-6) de McCullough et al., 2002, adaptado por Neto, 2007).* Este questionário é composto por seis itens (e.g., "*Tenho muito que agradecer na vida.*"). Os itens presentes na escala refletem a intensidade, a frequência, a extensão e densidade da gratidão. Neste estudo, atendendo à idade dos sujeitos da amostra e pela extensão do questionário, procedeu-se à modificação da escala de resposta original de sete pontos para cinco pontos de uma escala de Likert (1 = discorda fortemente - 5 = concorda fortemente). Foram observados níveis de consistência interna aceitáveis (alfa de Cronbach = .66).

*Medidas demográficas.* Foram também colocadas questões adicionais, para a obtenção de informação demográfica em relação à idade, género, situação conjugal, escolaridade, profissão exercida anteriormente e pessoas que fazem parte do agregado familiar. Estas questões possibilitaram a caracterização do grupo de participantes e, simultaneamente, a avaliação dos efeitos destas variáveis sociodemográficas nas diferentes variáveis envolvidas no processo de resiliência - risco, proteção e ajustamento, em particular a coabitação ou não com filhos.

### **2.3. Procedimento de recolha de dados**

Em primeiro lugar, foi realizado um contacto com diversos centros de dia do concelho de Paços de Ferreira, nomeadamente, os centros de dia de Frazão, Arreigada, Sanfins de Ferreira, Carvalhosa, Penamaior e Freamunde. No entanto, após várias tentativas de contacto via e-mail e presencial, foram recebidas respostas positivas quanto à recolha dos dados nos locais, apenas pela parte dos centros de dia de Penamaior e de Freamunde, o que limitou o número de participantes presentes no estudo a apenas 29 participantes. Para tentar ultrapassar a limitação decorrente do facto de ter uma amostra com um número inferior a 30, que inviabilizaria o recurso a procedimentos estatísticos paramétricos,

optou-se pela inclusão na amostra de mais uma idosa que não frequenta um centro de dia, mas que também reside na mesma área de residência (concelho de Paços de Ferreira), e que obedece aos demais critérios de inclusão na amostra (idades superiores a 70 anos, não institucionalizadas e sem défices cognitivos medicamente conhecidos). Conforme o explicitado anteriormente, esta idosa foi contactada através da rede pessoal de conhecimentos da investigadora.

Os protocolos contendo os diferentes instrumentos previamente descritos foram administrados individualmente e com o apoio da investigadora, uma vez que a maioria das idosas inquiridas tinha dificuldades em ler, escrever ou compreender alguns itens e/ou procedimento de resposta, devido às suas habilitações literárias, idade e/ou pouca ou nenhuma familiaridade com participação em estudos. Devido a esse facto, a aplicação dos questionários tornou-se mais demorada do que o esperado, demorando cerca de 30 a 45 minutos cada aplicação, que foi feita na casa de cada uma das senhoras idosas. Procurou-se adotar uma postura de imparcialidade e neutralidade que não enviesasse ou induzisse as respostas das participantes, devido ao elevado risco de desejabilidade social: a investigadora limitou-se apenas à leitura das questões e esclarecimento de alguma dúvida quanto ao significado das palavras e/ou frases apresentadas ou procedimento de resposta.

A participação no estudo foi antecedita da assinatura do termo de consentimento informado (ANEXO 1, após a informação *a priori* acerca do objetivo geral do estudo, assim como do carácter voluntário da sua participação no estudo e da confidencialidade das respostas.

#### **2.4. Procedimento de análise de dados**

Após a recolha dos questionários individualmente, procedeu-se à construção de uma base de dados para inserção dos mesmos, recorrendo para o efeito ao programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22.

Começou-se por calcular os valores de consistência interna dos instrumentos utilizados, para garantir a confiabilidade dos dados recolhidos através dos mesmos. Depois, procedeu-se ao cálculo de estatísticas descritivas que permitiram avaliar a normalidade da distribuição das diferentes dimensões. Posteriormente, com recurso ao teste *T* de Student para amostras independentes,



compararam-se os grupos de idosas que vivem e não vivem com os seus filhos nas diferentes variáveis do estudo relativas aos indicadores de ajustamento e fatores de proteção interna e externa. Por fim, começou-se por proceder à correlação linear não paramétrica de Spearman, que permitiu observar a relação entre variáveis separadamente para as idosas que vivem e não vivem com os seus filhos e selecionar as que seriam de incluir como variáveis independentes nos modelos de análise de regressão múltipla com método confirmatório (enter) para identificar os preditores da qualidade e satisfação com a vida das participantes.

### **3. Resultados**

#### **3.1. Estatísticas Descritivas**

As estatísticas descritivas referentes às variáveis em estudo podem ser visualizadas na tabela 1 (Anexo 2). Como se pode observar, as participantes apresentam níveis médios nas diferentes variáveis, sendo os valores mais elevados observados na dimensão solidariedade afetiva e os mais baixos na variável felicidade (única dimensão com níveis médios abaixo do nível médio de resposta correspondente a três). Podemos também observar que os valores de assimetria e curtose são compatíveis com a normalidade das dimensões avaliadas, existindo apenas um valor superior a 1, o de curtose da variável gratidão, ainda assim com um valor perto de dois e que pode dever-se a variabilidade nas características da personalidade e/ou das circunstâncias de vida das idosas participantes.

#### **3.2. Diferenças entre idosas que vivem e não vivem com os seus filhos nas variáveis analisadas**

Tendo em vista o primeiro objetivo estabelecido para o presente estudo, foram realizados testes T de Student para amostras independentes para comparar as idosas que vivem e não vivem com os seus filhos em cada uma das dimensões em estudo. De acordo com os resultados observados (tabela 2 – Anexo 3),

concluímos que não existem diferenças significativas em função da coabitação em nenhuma das dimensões avaliadas.

O segundo objetivo estabelecido visa explorar a relação entre as diferentes variáveis e identificar as que são preditoras de qualidade e de satisfação com a vida neste grupo de idosas. Para o efeito, começou-se por calcular a associação entre as diferentes variáveis através da correlação de Spearman separadamente para as idosas que vivem e não vivem com os seus filhos. Utilizou-se este procedimento não paramétrico pelo facto de cada uma das subamostras ter um N inferior a 30. As matrizes de correlação para as idosas que vivem com e sem os filhos estão disponíveis nas tabelas 3 e 4 (Anexo 4 e Anexo 5, respetivamente).

No que concerne às correlações entre dimensões na subamostra de idosas (N = 15) que vivem com os seus filhos, salientam-se os seguintes resultados significativos como de maior importância para o estudo: a qualidade de vida variável apresenta uma correlação positiva moderada com a satisfação com a vida ( $r = .57$ ;  $p = .026$ ) e uma correlação positiva moderada com a solidariedade intergeracional funcional dada ( $r = .62$ ;  $p = .014$ ).

Relativamente à subamostra de idosas que não vivem com os seus filhos, não foi encontrada nenhuma correlação significativa com a variável qualidade de vida. No entanto, é de salientar a correlação positiva forte observada entre a variável solidariedade intergeracional funcional recebida e a variável solidariedade intergeracional funcional dada ( $r = .86$ ;  $p = .000$ ; N = 12).

Seguidamente foram feitas duas análises de regressão linear múltipla com método confirmatório para as variáveis qualidade de vida e satisfação com a vida. Para além das restantes dimensões avaliadas, entrou como variável independente a coabitação com os filhos (0 = vive com os filhos; 1 = vive sem os filhos), a qual se apresenta como um possível fator de risco associado à solidão ou ao isolamento das idosas. Em ambos os casos, os modelos são significativos ( $F = 7.10$ ,  $p = .001$ ;  $F = 3.71$ ,  $p = .016$ ), não existe autocorrelação entre os resíduos (Durbin-Watson = 1.85 e 2.44) (ver tabelas 4 e 5, respetivamente) e verificou-se também que não existe multicolinearidade entre as variáveis, uma vez que os valores de tolerância são todos inferiores a 10 e os de VIF superiores a .10.

Na tabela 5 (Anexo 6), podem ser observados os indicadores relativos à análise de regressão linear para a variável qualidade de vida.

Como podemos verificar, o valor de  $R^2_a$  estandardizado é de .56, o que significa que as variáveis independentes (coabitação, gratidão; satisfação com a vida; solidariedade intergeracional funcional dada; solidariedade intergeracional funcional recebida; com quem vive) explicam cerca de 56% da variância da qualidade de vida. As variáveis satisfação com a vida (Beta padronizado = .48), solidariedade intergeracional funcional dada (Beta padronizado = .63) e a solidariedade intergeracional funcional recebida (Beta padronizado = -.45) revelam ser variáveis preditoras da qualidade de vida, revelando que as idosas mais satisfeitas com a sua vida, que providenciam mais apoio e recebem menos por parte dos seus filhos são aquelas que apresentam mais qualidade de vida.

A tabela 6 (Anexo 7) apresenta o modelo de regressão linear múltipla para a variável satisfação com a vida.

O valor de  $R^2_a$  estandardizado é de .36 o que significa que as variáveis independentes explicam cerca de 36% da variância da satisfação com a vida, sendo que a variável qualidade de vida (Beta padronizado = .69) revela ser a única variável preditora significativa.

#### **4. Discussão dos resultados**

Após a apresentação dos resultados, e tendo em conta os objetivos delineados no início do presente estudo, efetuamos de seguida a discussão dos mesmos à luz do enquadramento teórico-conceitual, tentando evidenciar aqueles que podem ser os seus significados principais e retirando algumas implicações teóricas, empíricas e práticas.

Sendo assim, como apresentado anteriormente nos resultados e ao contrário do que era esperado, não foram encontradas quaisquer diferenças significativas em função da coabitação ou não com os filhos nas dimensões estudadas, mais

especificamente a qualidade de vida, satisfação com a vida, felicidade, gratidão e diferentes dimensões da solidariedade intergeracional.

A não coabitação com os filhos num contexto em que tal é provável desempenha, no presente estudo, uma aferição de isolamento social e de restrição às trocas de apoio intergeracionais, pelo que se hipotetizou que poderia ter impacto numa diminuição das variáveis de ajustamento e fatores de proteção pessoal e de relação familiar supracitadas (Ávila, Csnut, Farràs, & Llobet, 2011). A ausência de diferenças poderá estar associada a dois motivos principais. Em primeiro lugar, há que ressaltar que, apesar de não viverem com os seus filhos, não significa que estas idosas vivam sozinhas ou longe dos seus filhos. Os resultados obtidos mostram que apenas oito das 30 idosas estudadas vivem sozinhas (26.7%) e que as restantes 22 vivem acompanhadas (73.3%); na maioria dos casos com os filhos (46.7%), mas também com cônjuge ou outros familiares. Para além disso, das 29 idosas que responderam à questão sobre a distância a que vivem dos filhos, apenas cinco vivem a mais de duas horas de distância dos seus filhos, sendo que 21 idosas vivem ou com os filhos ou a menos de 30 minutos de distância dos mesmos.

Como segundo motivo que poderá estar por detrás desta ausência de diferenças temos as razões que motivaram a coabitação com os filhos e os significados associados a essa situação. Assume-se, muitas vezes, que nos mais velhos a escolha de uma vida a sós não dependa primordialmente da vontade própria, ao contrário dos mais jovens, para os quais a vida a sós é frequentemente voluntária. Tal não significa, contudo, que seja uma situação indesejada, ou que provoque solidão (Gierveld, & Havens, 2004), e, nesse caso, menos provavelmente terá impacto num decréscimo do ajustamento pessoal da idosa ou na frequência das suas trocas de apoio intergeracionais. Deste modo, é possível que, mesmo quando vivam sós ou longe dos filhos, diferentes estratégias ou processos sejam empreendidos pelas idosas, o que justificaria a ausência de diferenças observadas nas variáveis em análise neste estudo.

Além disso, mesmo para os idosos que vivem sozinhos, não só a família, mas também os amigos/vizinhos são uma importante fonte de apoio para a maioria dos idosos, já que estas relações entre pares se caracterizam pela reciprocidade,

homogeneidade e consenso (Pinazo, & Sánchez Martínez, 2006), sendo tal mais provável em áreas de residência não urbanas e para quem frequenta instituições como os lares de dia, que promovem relações interpessoais intrageracionais, como é o caso das idosas participantes no estudo. Deste modo, o contacto com os vizinhos e amigos torna-se um sistema de apoio mútuo (apoio emocional, companhia, confiança) que pode ser bastante benéfico para dar resposta às necessidades dos idosos, evitando assim a solidão e contribuindo também para a melhoria da sua qualidade de vida (Marques, Sánchez, & Vicario, 2014).

Apesar de não se ter encontrado nenhuma diferença significativa nas dimensões estudadas em função da coabitação com os filhos, as matrizes de correlação entre as variáveis em estudo obtidas separadamente para as idosas que vivem e não vivem com os seus filhos sugerem padrões diferentes de interação entre as variáveis, parecendo suportar a hipótese de diferentes processos serem empreendidos em ambas as situações. Foi observada, apenas entre as idosas que coabitam com os seus filhos, uma correlação positiva moderada entre a qualidade de vida, por um lado, e a solidariedade intergeracional dada e a satisfação com a vida, por outro. Já entre as idosas que não coabitam com os seus filhos, nenhuma das variáveis se associa positivamente aos indicadores de ajustamento - qualidade de vida e satisfação com a vida - mas há uma correlação positiva forte entre a solidariedade intergeracional dada e recebida. Embora não consensual, alguns estudos sugerem que coabitar com os filhos é benéfico e relacionado forte e positivamente com o suporte emocional, que trará uma melhor satisfação com a vida dos idosos (Ng et al., 2002). O que pode acontecer é que um decréscimo da qualidade de vida também implique ou reflita uma diminuição na autonomia ou autodeterminação das idosas, o que poderá impor uma solução de coabitação com os filhos não como uma escolha, mas como uma necessidade. Nesta circunstância, as idosas mais provavelmente fazem um balanço positivo da sua vida quando percebem que continuam a ser fonte de apoio também e não apenas destinatários do mesmo. Deste modo, a correlação entre a qualidade de vida e a solidariedade intergeracional dada, pode advir do facto das idosas que vivem com os filhos poderem não apenas serem recipientes, mas também provedoras de ajuda, o que lhes causa um sentimento de utilidade e independência. A solidariedade intergeracional dada, ser provedor de ajuda a outrem, é essencial para a saúde e

bem-estar em qualquer idade, mas especialmente nos idosos, reduzindo a taxa de doenças e depressão (Lowenstein, 2007). As pessoas mais velhas têm de lidar com as suas crescentes perdas e problemas de saúde associados à idade e, portanto, serem capazes de ainda fornecer pelo menos algum apoio pode ser benéfico para o seu bem-estar, compensando algumas dessas perdas que vão sofrendo (Haragus, 2014).

Já entre as idosas que não coabitam com os seus filhos, dar e receber apoio parecem ser estar fortemente associados, estabelecendo uma possível relação contingencial e recíproca numa lógica de reciprocidade do banco de solidariedade (Antonucci, 1989; Antonucci, Fuhrer, & Jackson, 1990).

Os indivíduos, em qualquer faixa etária, tendem a preferir trocas sociais justas e recíprocas, uma vez que, se um indivíduo recebe mais do que dá, sente-se beneficiado e em dívida, por outro lado, se dá mais do que recebe, sente-se prejudicado ou que os outros estão a aproveitar-se dele. Deste modo, observou-se numa amostra de idosos que quem reporta receber menos apoio do que dá ou dar menos apoio do que aquele que recebe, tem menores níveis de satisfação com a vida. Os maiores níveis de satisfação com a vida estão associados àqueles que percecionam as suas relações de suporte como sendo de reciprocidade (Antonucci, Fuhrer, & Jackson, 1990). Apesar da literatura não ir toda ao encontro destes dados, a perceção das relações como recíprocas, pode pelo menos ser vista como um caminho para o envelhecimento bem sucedido (Antonucci, & Jackson, 1989). Estas trocas intergeracionais podem ser mais implícitas, mas também mais invisíveis quando há coabitação, até porque a partilha de habitação constitui, por si só, uma forma de solidariedade intergeracional (Haragus, 2014). O que os resultados no presente estudo sugerem é que essa reciprocidade ganha visibilidade e/ou força na situação de não coabitação, embora nem uma nem outra direção de suporte esteja fortemente associada nem à satisfação, nem à qualidade de vida. A coabitação pode ser uma solução sobretudo determinada pelo contexto social e/ou determinada pela ocorrência de acontecimentos de vida negativos adversos que possam tornar um dos membros da família especialmente vulnerável, que pode ser o envelhecimento dos pais, mas também uma situação de divórcio, desemprego ou doença dos filhos. Como os motivos e significados associados a esta coabitação com os filhos não foram explorados neste estudo, este padrão de resultados

precisaria de uma maior clarificação em estudos futuros. Há aqui que ressaltar algumas questões de operacionalização das variáveis de ajustamento – qualidade e satisfação com a vida - que podem ter impacto nas relações recíprocas estabelecidas entre as mesmas, mas também na sua definição diferencial, em particular naqueles que podem ser os preditores significativos de uma e outra nos modelos de regressão. Os itens de aferição da qualidade de vida selecionados referem-se preferencialmente a questões limitativas da área da saúde. A qualidade de vida, como já foi referido na revisão da literatura, não é apenas a ausência de doença, mas reflete também outras componentes como a autonomia, autoestima e dignidade e fatores sociais e ambiente apropriado (Ávila, Csut, Farràs, & Llobet, 2011). A forma como cada indivíduo caracteriza a sua qualidade de vida ou faz um balanço em termos de satisfação com a vida tem critérios únicos e subjetivos, apesar do ambiente social e dos valores influenciarem também essa avaliação do constructo (Keith et al., 1994). A seleção ou operacionalização de qualidade de vida no presente estudo pode ter introduzido viés nos resultados, ainda que também tenha sido orientada pela necessidade de a distinguir mais claramente da satisfação com a vida, de modo a permitir perceber o que pode ser preditor mais forte de uma e outra variável de ajustamento (Ramos et al., 1993). A satisfação com a vida, como anteriormente evidenciado na revisão da literatura, é um fator tido em conta aquando da avaliação da qualidade de vida (Marques, Sánchez, e Vicario, 2014) e vice-versa, esperando-se, por conseguinte, correlações elevadas entre ambas. Contudo, será mais provável que a qualidade de vida remeta para aspetos mais objetivos e possa decrescer com a idade e/ou com alterações significativas das reais condições de vida, enquanto a satisfação com a vida apela a uma avaliação global cognitiva subjetiva que pode ser mais independente dessas alterações. De facto, não existe evidência empírica para um declínio da satisfação com a vida relacionado com a idade, o que muitas vezes é referido como o paradoxo do envelhecimento (Schwarz, Albert, Trommsdorff, Zheng, Shi, & Nelwan, 2010).

Os resultados relativos aos modelos de regressão para ambas as variáveis de ajustamento parecem sustentar a sua definição diferencial, mas também a sua relação forte na amostra de senhoras idosas no presente estudo. Para além disso, corroboram, como seria de esperar, os resultados diferenciais obtidos e

acrescentam alguma informação. Apesar das matrizes de correlação sugerirem um padrão diferente para as idosas que vivem e não vivem com os seus filhos, a coabitação não se mostrou preditora significativa nem da qualidade, nem da satisfação com a vida, indo ao encontro da ausência de diferenças observadas em função desta variável em todas as variáveis em estudo. Nestes modelos, há, claro, que ter em consideração o número limitado de participantes que introduz constrangimentos que devem ser considerados na leitura destes resultados, nomeadamente o baixo número no rácio participantes/variáveis preditoras. As regressões lineares efetuadas sugerem, contudo, que as variáveis satisfação com a vida, solidariedade intergeracional dada, pela positiva, e a solidariedade intergeracional recebida, pela negativa, explicam 56% da qualidade de vida e que a qualidade de vida é a única variável preditora significativa, positiva e moderada, da satisfação com a vida, num modelo que explica cerca de 36% da variância.

O modelo de regressão que tem como variável dependente a qualidade de vida corrobora a importância de um balanço positivo em termos de satisfação com a vida e do sentimento de se sentir capaz de continuar a ser provedor de apoio e não dependente do mesmo, apesar da possível relação, anteriormente sugerida, deste indicador de ajustamento com algumas perdas de saúde e/ou autonomia (Midlarsky, & Kahana, 1994; Schwarz, Albert, Trommsdorff, Gang Zheng, Shaohua Shi, & Nelwan, 2010). Corrobora também resultados de estudos anteriores que apoiam a natureza multidimensional da qualidade de vida dos idosos (e.g., Marques, Sánchez, e Vicario, 2014). Como argumentam Rowe e Kahn (1997), um fator importante para o envelhecimento bem-sucedido pode ser permanecer ativo, sendo que nas relações intergeracionais familiares essa atividade pode ser aferida a partir da capacidade de, por um lado, continuar a dar ajuda aos filhos e, por outro, a não depender dos mesmos. Estes fatores interacionais de poder continuar a ser fonte de suporte para os filhos funcionam como fontes de força, à semelhança do observado noutros estudos sobre resiliência em idosos (Janssen, Van Regenmortel, & Abma, 2011). Para que os familiares possam funcionar como fatores de proteção na construção da resiliência neste grupo de idosas, parece importante que permitam e criem oportunidades para que os idosos continuem a sentir-se importantes e úteis, mantendo a autoestima e autoeficácia, de uma forma semelhante ao que acontece noutras faixas etárias (Rutter, 1987).



A satisfação com a vida engloba reflexões pessoais e julgamentos que cada um faz acerca da sua vida (Diener, & Suh, 2000), de acordo com os seus próprios critérios. Teoricamente não seria de esperar que apenas a qualidade de vida como aferição de alguma homeostase ou satisfação das necessidades humanas básicas fosse preditora da satisfação com a vida, apesar de ser a dimensão cognitiva da perspectiva hedónica do bem-estar (Lent, 2004). Este resultado evidencia a importância da presença de alguns indicadores mais objetivos para satisfação com a vida no âmbito de um planeamento de um envelhecimento bem-sucedido e resiliente, como é o caso das variáveis contextuais relacionadas com a disponibilidade de serviços sociais e de saúde, de segurança e conforto num meio físico e de características sociais e económicas (Janssen, Van Regenmortel, Abma, 2011; Paúl, 2005). Contudo, o modelo também explica pouco mais do que um terço da variabilidade da satisfação com a vida. Evidentemente outras variáveis, que não as incluídas no presente estudo, poderão explicar esta variabilidade na satisfação com a vida, importante indicador de ajustamento no processo de resiliência das pessoas idosas. Essas variáveis podem ser fatores de proteção mais intrapsíquicos e/ou disposicionais, como é o caso de características da personalidade, mas também outros fatores de proteção externos associados às relações sociais e familiares para além das trocas de apoio, como é o caso da história ou acontecimentos de vida biográficos, a qualidade e frequência da relação com os filhos e outras pessoas significativas, como amigos e vizinhos.

## **5. Limitações e sugestões para estudos futuros**

Após a conclusão do estudo, algumas limitações e sugestões para estudos futuros podem ser apresentadas.

O número limitado de participantes é a limitação do estudo mais evidente. Este número adveio da falta de adesão ou resposta por parte dos centros de dia em participar no estudo. Num estudo futuro, seria interessante ter uma amostra mais representativa e que incluísse também idosos do sexo masculino, para que alguns dos procedimentos pudessem ser realizados com mais legitimidade e também para

se poder efetuar a avaliação do impacto do género nestas variáveis e na relação entre elas, uma vez que se sabe da sua importância para a solidariedade intergeracional.

Além disso, a escassez de estudos realizados no contexto nacional acerca do impacto da coabitação ou não com os filhos na terceira e quarta idades foram uma limitação, mas também um incentivo para explorar esta área. Seria interessante, num próximo estudo, triangular a informação recolhida quantitativamente com o idoso, com informação recolhida de modo qualitativo e qualitativo (e.g. Gattuso, 2003) com o próprio e com os seus filhos e outras pessoas significativas. Dois dos aspetos a explorar qualitativamente em estudos futuros seriam os motivos e significados percebidos por ambas as partes como estando associados à escolha da coabitação, em particular destringir aquela que pode ser a influência da tradição ou valores culturais e sociais de áreas não urbanas, da influência dos acontecimentos de vida e histórias de vida do próprio idoso e dos seus filhos, em que os papéis da terceira geração, dos netos, pode ser também fundamental. Na perceção, os recursos materiais e financeiros por certo desempenharão um papel importante, porque ditam a acessibilidade a cuidados fora do contexto familiar, mas também a qualidade da relação e a história de trocas longitudinal e não só contemporânea de apoio. A mera coabitação ou não com os filhos dificilmente afere o risco a que podem estar expostos, sendo, por conseguinte, um indicador vago e inespecífico de risco e comprometendo o estudo da resiliência. Sem um maior contexto e aprofundamento dos motivos para essa coabitação, não foi, por exemplo, de estranhar que a variável gratidão não tenha surtido qualquer efeito como variável preditora, ou não tenha variado consoante o estatuto de coabitação com os filhos: o papel desempenhado pela mesma, numa aproximação à aceitação psicológica, seria mais relevante face a acontecimentos de vida específicos (Janssen, Van Regenmortel, Abma, 2011). Sugere-se, por isso, também que no futuro possa ser explorado o processo de resiliência em idosos face a eventos potencialmente indutores de risco, como é o caso da transição para a reforma, para a viuvez ou para a institucionalização.

Com a presente pesquisa, pretendeu-se contribuir para o estudo da resiliência em mulheres idosas não institucionalizadas residentes numa área não urbana de Paços de Ferreira. Mais concretamente, pretendia-se esclarecer o

impacto da coabitação com os filhos num fator de proteção interna (gratidão), num fator de proteção externa (trocas de apoio intergeracionais) e dois indicadores de ajustamento: satisfação com a vida e qualidade de vida. Este estudo foi essencialmente motivado pela importância de olhar para o que pode contribuir para a construção e manutenção resiliente da qualidade e satisfação com a vida num grupo de idosas, sublinhando os desafios e respetivos processos acionados em situação de coabitação ou não com os filhos. Os contributos da investigação da resiliência podem fazer a diferença entre a abordagem paliativa de sobrevivência na intervenção com idosos e seus cuidadores e uma abordagem promotora de desenvolvimento (Leipold, & Greve, 2009). Se programas de intervenção intergeracional comunitários e educacionais já vão sendo relativamente comuns como forma de combater o idadismo e aumentar a qualidade de vida dos idosos, menos frequentes são programas de intervenção ou ações de sensibilização no âmbito da solidariedade intergeracional familiar. Os resultados deste estudo sugerem que seria importante que esses programas não focassem apenas o idoso como destinatário de ajuda e sublinhassem o fardo dos cuidadores, mas também evidenciassem o modo como os idosos continuam a ser provedores da mesma, ultrapassando possíveis constrangimentos impostos por um decréscimo de saúde ou até de poder financeiro. Um enfoque no potencial de resiliência dos idosos pode beneficiar não só a qualidade de vida dos próprios, mas também dos seus familiares e das próprias comunidades, sendo que esse enfoque é particularmente prioritário em sociedades onde o envelhecimento populacional é mais notável, como é o caso da europeia e nacional (Cabral, Ferreira, Jerónimo, Marques, & Silva, 2013).

## Referências Bibliográficas

- Alarcón, R. & Isasi, C. M. (2012). Relaciones entre Gratitud y Variables de Personalidad. *Acta de Investigación Psicológica*, 2 (2), 699-712
- American Psychological Association (2010). Manual de Publicaciones de la American Psychological Association (6 ed.). México, D.F.: Editorial El Manual Moderno
- Antonucci, T. C. & Jackson, J. S. (1989). Successful Ageing and Life Course Reciprocity. In *Human Ageing and Later Life*, Warnes A. M. (ed.), Hodder & Stoughton, London, England, 83–95
- Antonucci, T. C., Fuhrer, R., & Jackson, J. S. (1990). Social Support and Reciprocity: A Cross-Ethnic and Cross-National Perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(4), 519–530. doi:10.1177/0265407590074008
- Atkinson, M. P., Kivett, V. R., & Campbell, R. T. (1986). Intergenerational Solidarity: An Examination of a Theoretical Model. *Journal of Gerontology*, 41(3), 408–416. doi:10.1093/geronj/41.3.408
- Barradas, M. L., Desfilis, E. S., Méndez, A. G. & Valero, M. G. (2014). Gratitud existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*, 24(2), 279-286
- Bengtson, V. L., & Harootyan, R. A. (1994). *Intergenerational linkages: Hidden connections in American society*. New York: Springer Pub. Co.
- Bengtson, V. L., & Roberts, R. E. L. (1991). Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. *Journal of Marriage and the Family*, 53(4), 856-870. doi:10.2307/352993
- Bono, G. & McCullough, M.E. (2006). Positive Responses to Benefit and Harm: Bringing Forgiveness and Gratitude Into Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(2), 147-158. doi: 10.1891/088983906780639835
- Butler, J., & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of Life Research*, 16(4), 607–615. doi:10.1007/s11136-006-9149-1

- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos
- Castellón, A. (2003). Calidad de vida en la atención al mayor. *Revista Multidisciplinar de Gerontologia*, 13 (3), 188-192
- Coimbra, S. (2008). Estudo diferencial da auto-eficácia e resiliência na antecipação da vida adulta. (tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto
- Coimbra, S. & Mendonça, M. G. (2013). Intergenerational Solidarity and Satisfaction With Life: Mediation Effects With Emerging Adults. *Paidéia*. 23(55), 161-169. doi:10.1590/1982-43272355201303
- Coimbra, S., & Fontaine, A. M. (2015). Resiliência e habilidades sociais: Reflexões conceituais e práticas para uma nova geração. In Z. A. P. Del Prette, A. B. Soares, C. S Pereira-Guizzo, M. F. Wagner, V. B. R. Leme (Eds.) *Habilidades sociais: diálogos e intercâmbios sobre pesquisa e prática*, 186–220. Novo Hamburgo: Synopsys
- Coimbra, S., Ribeiro, L. A., & Fontaine, A. M. (2013). *Intergenerational solidarity in an ageing society: socio-demographic determinants of intergenerational support to elderly parents*. *Intergenerational Relations* (pp. 205–222). doi:10.1332/policypress/9781447300984.003.0013
- De Jong Gierveld, J., & Havens, B. (2004). Cross-national Comparisons of Social Isolation and Loneliness: Introduction and Overview. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 109-113. Doi:10.1353/cja.2004.0021
- Diener, E. & Myers, D. G. (1995). Who is Happy? *American Psychology Society*, 6(1), 10-19
- Diener, E. & Suh, E. M. (2000). *Culture and Subjective Well-Being*. Cambridge, Mass. The MIT Press
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*. 95(3), 542-575
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2009). Will Money Increase Subjective Well-Being?: A Literature Review and Guide to Needed Research. *The Science of Well-Being*, 119–154. doi:10.1007/978-90-481-2350-6\_6
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75

- Domajnko, B., Pahor, M. (2014). Health Within Limitations: Qualitative Study of the Social Aspects of Resilience In Old Age. *Ageing International*, 40, 187-200. doi:10.1007/s12126-014-9201-3
- Ebner, N. C., Freund, A. M., & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in personal goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, 21(4), 664–678. doi:10.1037/0882-7974.21.4.664
- Edwards, E., Hall, J., & Zautra, A. (2012). Resilience in Aging. Elder Care: A Resource for Interprofessional Providers. University of Arizona College of Medicine
- Emmons, R. A. (2009). *Obrigado! Como a gratidão pode torná-lo mais feliz (Rodrigues, I., Trad.)*. Alfragide: Estrela Polar (Trabalho original em inglês publicado em 2003)
- Emmons, R. A., & McCullough, M. E. (2003). Counting blessings versus burdens: An experimental investigation of gratitude and subjective well-being in daily life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(2), 377–389. doi:10.1037/0022-3514.84.2.377
- Eurostat (2012), Active Ageing and Solidarity between Generations. A Statistical portrait of the European Union 2012. European Commission. Disponível em [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-EP-11-001/EN/KS-EP-11-001-EN.PDF)
- Fergus, S., & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399–419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas E Práticas*, 36, 39-52
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con vitalidad*. Madrid, España: Ediciones Pirámide
- FFMS. (2013). *Índice de dependência dos idosos*. Paris: PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+depend%C3%Aancia+de+idosos+segundo+os+Censos-351>

- FFMS. (2013). *Índice de envelhecimento*. Paris: PORDATA. Disponível em <http://www.pordata.pt/Municipios/%C3%8Dndice+de+envelhecimento+segundo+os+Censos-348>
- Fitzgerald, P. (1998). Gratitude and justice. *Ethics*, 109(1), 119-153. doi:10.1086/233876
- Fleck, M. P. de A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi:10.1590/s1413-81232000000100004
- Fredrickson, B.L. (2004). Gratitude, Like Other Positive Emotions, Broadens and Builds. *The Psychology of Gratitude*, 144-166. doi:10.1093/acprof:oso/9780195150100.003.0008
- Gattuso, S. (2003). Becoming a wise old woman: Resilience and wellness in later life. *Health Sociology Review*, 12(2), 171-177. doi:10.5172/hesr.12.2.171
- Group, W. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56. doi:10.1080/00207411.1994.11449286
- Hagerty, M; Cummins, R.; Ferriss, A.; Land, K.; Michalos, A.; Peterson, M.; Sharpe, A.; Sirgy, J., & Vogel, J., (2001). Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research. *Social Indicators Research: An International and Interdisciplinary Journal for Quality-of-Life Measurement*, 55(1), 1-96
- Hărăguș, M. (2014). Intergenerational solidarity in co-residential living arrangements. *Revista de Asistentă Socială*, 4, 27-42
- Hardy, S.E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics society*, 52(2), 257-262. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley
- Janssen, B. M., Van Regenmortel, T., & Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing*, 8(3), 145-156. doi:10.1007/s10433-011-0190-8

- Junqueira, M. de F. P. da S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus-tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 227–235. doi:10.1590/s0102-311x2003000100025
- Keith, K. D. & Schalock, R. L. (1994). The measurement of quality of life in adolescence: The quality of student life questionnaire. *The American Journal of Family Therapy*, 22, 83-87
- Larkin, M. (2013). Resilience: A Requirement For Successful Aging In All Settings. *The Journal On Active Aging*. 22-29
- Lawton, M. P. (1989). Medio ambiente y satisfacción de necesidades en el envejecimiento. In Carstensen e Edelstein. *El envejecimiento y sus trastornos*. (pp. 46-53) Barcelona: Matínez Roca
- Lazarus, R. S. & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press
- Leipold B., & Greve W. (2009). Resilience. A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40–50. doi:10.1027/1016-9040.14.1.40
- Lent, R. W. (2004). Toward a Unifying Theoretical and Practical Perspective on Well-Being and Psychosocial Adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 51(4), 482-509. doi:10.1037/0022-0167.51.4.482
- Llobet, M. P., Ávila, N. R., Farràs Farràs, J., & Canut, M. T. L. (2011). Quality of life, happiness and satisfaction with life of individuals 75 years old or older cared for by a home health care program. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 467–475. doi:10.1590/s0104-11692011000300004
- Lowenstein, A. (2007). Determinants of the Complex Interchange among Generations: Collaboration and Conflict. In Cruz-Saco & Zelenev (Ed.) *Intergenerational Solidarity: Strengthening Economic and Social Ties*. New York
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct Of Resilience: A Critical Evaluation And Guidelines For Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi:10.1111/1467-8624.00164
- Lyberaki, A. & Tinios, P. (2005), Poverty and Social Exclusion: a New Approach to an Old Issue, In A. Börsch-Supan et al. (Eds.), *Health, Ageing and Retirement in Europe – First Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe* (pp. 302-309). Mannheim: MEA



- Lyubomirsky, S. & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155
- Marques, E., Sánchez, C., & Vicario, B. (2014). Perceção da qualidade de vida de um grupo de idosos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV - nº 1, 75–84. doi:10.12707/riii1314
- Martínez Rodríguez, S., & Gómez Marroquín, I. (2005). El ocio y la intervención con personas mayores. In S. Pinazo & M. Sánchez (Eds.), *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas* (pp. 433-454). Madrid: Pearson
- Martins, M. H. (2015). *Envelhecimento e Resiliência: Perspetivas Para A Reabilitação No Idoso*. Faro, Portugal: Cadernos do GREI
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227–238. doi:10.1037/0003-066x.56.3.227
- Masten, A. S. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 74-88). Oxford University Press
- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, Vulnerability, and Protective Factors in Developmental Psychopathology. *Advances in Clinical Child Psychology*, 8, 1–52. doi:10.1007/978-1-4613-9820-2\_1
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J.-A. (2002). Gratitude Questionnaire-6. PsycTESTS Dataset. doi:10.1037/t01837-000
- McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J.-A. (2002). The grateful disposition: A conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 112–127. doi:10.1037/0022-3514.82.1.112
- McCullough, M. E., Kilpatrick, S. D., Emmons, R. A., & Larson, D. B. (2001). Is gratitude a moral affect? *Psychological Bulletin*, 127(2), 249–266. doi:10.1037/0033-2909.127.2.249
- McCullough, M. E., Tsang, J.-A., & Emmons, R. A. (2004). Gratitude in Intermediate Affective Terrain: Links of Grateful Moods to Individual Differences and Daily Emotional Experience. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 295–309. doi:10.1037/0022-3514.86.2.295
- Menezes, A. P. (2009). A Propensão Para O Perdão Na Pessoa Idosa. (Tese de mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto, Portugal

- Merz, E.-M., Schulze, H.-J., & Schuengel, C. (2010). Consequences of Filial Support for Two Generations: A Narrative and Quantitative Review. *Journal of Family Issues*, 31(11), 1530–1554. doi:10.1177/0192513x10365116
- Midlarsky, E., & Kahana, E. (1994). *Altruism in later life*. Thousand Oaks, CA: Sage
- Monteiro, I. B. J. (2010). *Solidariedade familiar intergeracional e bem-estar psicológico: Estudo intergeracional sobre a relação de apoio entre filhas adultas e suas mães*. (Tese de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
- Nelson-Becker, H. B. (2006) Voices of Resilience: Older Adults in Hospice Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(3), 87-106. doi:10.1300/j457v02n03\_07
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In A. L. Neri (Ed.), *Qualidade de vida e idade madura* (pp.9-55). Campinas: Papirus
- Neri, A. L. (2008). Paradigmas contemporâneos sobre o Desenvolvimento Humano em Psicologia e em Sociologia. Campinas: Papirus.
- Neto F., Barros J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a Vida. In: Almeida S, Santiago R, Silva P, Oliveira L, Caetano O, Marques J (eds), *A ação educativa — análise psicossocial*. Leiria: ESEL/APPORT, 91-100
- Neto, F. (2004). Idadismo. In M. E. Lima, & M. E. Pereira (Ed.), *Estereótipos, preconceitos e discriminação – perspectivas teóricas e metodológicas* (pp. 279-231). Salvador, BA: Edufba
- Neto, F. (2007). Forgiveness, personality and gratitude. *Personality and Individual Differences*, 43, 2313-2323.
- Neugarten B.L. (1969) Continuities and discontinuities of psychological issues into adult life: human development. In: BL. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging* (pp. 121-130). Chicago: Univerty of Chicago Press
- Ng, A. C. Y., Phillips, D. R., & Lee, W. K. (2002). Persistence and challenges to filial piety and informal support of older persons in a modern Chinese society. *Journal of Aging Studies*, 16(2), 135–153. doi:10.1016/s0890-4065(02)00040-3
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl e A.M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores

- Pinazo, S., y Sánchez Martínez, M. (2006). Gerontología: Actualización, innovación y propuestas. (pp. 433-454). Madrid, Spain: Pearson
- Power, M., Quinn, K., & Schmidt, S. (2005). World Health Organization Quality of Life—Old Module. PsycTESTS Dataset. doi:10.1037/t40722-000
- Ramos, L. R., Rosa, T. E. da C., Oliveira, Z. M., Medina, M. C. G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. *Revista de Saúde Pública*, 27(2), 87–94. doi:10.1590/s0034-89101993000200003
- Ribeiro, J. L. P. (2007). *Metodologia de Investigação em psicologia e saúde*. Porto: Legis Editora
- Riley, M. (1988). Letters to the editor. *Gerontologist*, 38, 151
- Roberts, R. E. L., Richards, L. N., & Bengtson, V. (1991). Intergenerational Solidarity in Families. *Marriage & Family Review*, 16(1-2), 11–46. doi:10.1300/j002v16n01\_02
- Rowe, J. e Kahn, R. (1997). Successfull Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protetive mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 141–166. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.141
- Ryff, C. Singer, B., Love, G. D. & Essex, M. J. (1998). Resilience In Adulthood And Later Life: Defining Features And Dynamic Processes. In J. Lomranz (Ed.) *Handbook Of Aging And Mental Health: An Integrative Approach*, (pp. 69-96). New York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4899-0098-2\_4
- Schroots, J. J. F. & Birren, J. E. (1990). Concepts of time and aging in science. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.). *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 45-66). New York: Academic Press. doi:10.1016/b978-0-12-101280-9.50009-7
- Schwarz, B., Albert, I., Trommsdorff, G., Gang Zheng, Shaohua Shi, & Nelwan, P. R. (2010). Intergenerational Support and Life Satisfaction: A Comparison of Chinese, Indonesian, and German Elderly Mothers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 41(5-6), 706–722. doi:10.1177/0022022110372197

- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1991). Do Close Parent-Child Relations Reduce the Mortality Risk of Older Parents? *Journal of Health and Social Behavior*, 32(4), 382-395. doi:10.2307/2137105
- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1994). Does intergenerational social support influence the psychological well-being of older parents? The contingencies of declining health and widowhood. *Social Science and Medicine*, 38(7), 943-957. doi:10.1016/0277-9536(94)90427-8
- Silverstein, M., & Bengtson, V. L. (1997). Intergenerational solidarity and the structure of adult-child parent relationships on American families. *American Journal of Sociology*, 103(2), 429-460. doi:10.1086/231213
- Silverstein, M., Chen, X., & Heller, K. (1996). Too much of a good thing? Intergenerational social support and the psychological well-being of older parents. *Journal of Marriage and Family*, 58(4), 970-982. doi:10.2307/353984
- Tomás, J. M., Sancho, P., Melendez, J. C., & Mayordomo, T. (2012). Resilience and coping as predictors of general well-being in the elderly: A structural equation modeling approach. *Aging & Mental Health*, 16(3), 317-326. doi:10.1080/13607863.2011.615737
- Vilar, M., & Simões (2009). *WHOQOL-OLD: Manual de Administração e Cotação* [European Portuguese WHOQOL-OLD module: Manual for administration and scoring]. Coimbra: Serviço de Avaliação Psicológica da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Walker, K. N., MacBride, A., Vachon, M. L. S. (1977). Social Support Networks and the Crisis of Bereavement. *Social Science and Medicine*, 11(1), 35-41. doi:10.1016/0037-7856(77)90143-3
- Wells, M. (2010). Resilience in older adults living in rural, suburban, and urban areas. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 10(2), 45-54.
- Werner, E. E., & Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York: McGraw Hill
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia Em Estudo*, 8, 75-84. doi:10.1590/s1413-73722003000300010

## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

### **Consentimento informado**

Os dados da presente investigação, realizada pela mestranda Mariana Isabel da Silva Leal, no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, sob a supervisão da Professora Doutora Susana Coimbra, são absolutamente confidenciais e os questionários são anónimos.

O propósito desta investigação trata-se de estudar de que forma a coabitação dos idosos com a família influencia a sua resiliência.

A participação neste estudo é voluntária, sendo que, o presente consentimento informado deve ser assinado pelo participante em caso de aceitação de participação no estudo.

Ciente de que terá em consideração este meu pedido, agradeço desde já a colaboração. Ao participar estará a contribuir para um avanço da investigação em Portugal. Caso tenha dúvidas, contacte o responsável pela investigação.

A mestranda,

Mariana Isabel da Silva Leal

O participante: \_\_\_\_\_

## Anexo 2

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas referentes às variáveis em estudo.

Variáveis	Médias	DP	Mínima	Máximo	Assimetria	Curtose
Gratidão	3.24	.39	2.50	4.50	.78	2.20
Satisfação com a vida	3.54	.83	2.20	4.80	-.14	-1.14
SI Funcional Dada	3.12	1.23	0	5.38	-.52	.53
SI Funcional Recebida	3.92	1.60	0	6	-.94	.13
SI Afetiva	4.27	.90	1.83	5	-1.08	.31
SI Estrutural	3.00	1.20	0	4.33	-1.14	.95
Felicidade	2.97	.82	1	4.50	-.36	.073
Qualidade de vida	3.50	.64	2.33	4.67	-.067	-.96

### Anexo 3

**Tabela 2.** Valores de *T* de Student, graus de liberdade e níveis de significância para a comparação de grupos de idosas em função da sua coabitação com filhos nas variáveis em estudo.

	<i>t</i>	g.l.	<i>p</i>
Gratidão	-.52	28	.60
Satisfação com a vida	-1.27	27	.21
SI Funcional Dada	-.03	26	.97
SI Funcional Recebida	1.72	26	.10
SI Afetiva	.23	26	.82
SI Estrutural	-1.19	25	.25
Felicidade	-.99	28	.33
Qualidade de vida	-1.19	27	.25



## Anexo 4

**Tabela 3.** Matrizes de correlação não paramétricas entre as variáveis em estudo para o grupo de idosas que vivem com os seus filhos.

	GRAT	SV	SIFD	SIFR	SIA	SIE	FEL	QV
GRAT	1.00							
SV	.72**	1.00						
SIFD	.33	.24	1.00					
SIFR	-.11	.29	.01	1.00				
SIA	.53*	.50	.38	.27	1.00			
SIE	-.08	.07	.39	.52*	-.03	1.00		
FEL	.37	.35	.40	-.23	-.35	.14	1.00	
QV	.70**	.59*	.63*	-.38	.45	-.05	.47	1.00

A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2 extremidades) \*\*

A correlação é significativa ao nível de 0.05 (2 extremidades) \*

GRAT: Gratidão

SV: Satisfação com a Vida

SIFD: Solidariedade Intergeracional Funcional Dada

SIFR: Solidariedade Intergeracional Funcional Recebida

SIE: Solidariedade Intergeracional Estrutural

FEL: Felicidade

QV: Qualidade de Vida

## Anexo 5

**Tabela 4.** Matrizes de correlação não paramétricas entre as variáveis em estudo para o grupo de idosas que vivem sem os seus filhos

	GRAT	SV	SIFD	SIFR	SIA	SIE	FEL	QV
GRAT	1.00							
SV	.04	1.00						
SIFD	-.07	.09	1.00					
SIFR	.23	-.09	.72**	1.00				
SIA	.42	0	.17	.35	1.00			
SIE	.39	.63*	.33	.40	.17	1.00		
FEL	.47	.17	.04	.17	.35	.46	1.00	
QV	-.03	.48	.14	.12	.25	.49	.07	1.00

A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2 extremidades) \*\*

A correlação é significativa ao nível de 0.05 (2 extremidades) \*

GRAT: Gratidão

SV: Satisfação com a Vida

SIFD: Solidariedade Intergeracional Funcional Dada

SIFR: Solidariedade Intergeracional Funcional Recebid

SIE: Solidariedade Intergeracional Estrutural

FEL: Felicidade

QV: Qualidade de Vida

## Anexo 6

**Tabela 5.** Fatores determinantes da qualidade de vida (regressão múltipla)

Variáveis	Beta padronizado	p	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson	F	p
Com quem vive	.04	.82							
GRAT	.10	.56							
SIFD	.63	.001							
SIFR	-.45	.02							
SV	.48	.01							
			.81	.65	.56	.42	1.85	7.10	.001

GRAT: Gratidão

SIFD: Solidariedade Intergeracional Funcional Dada

SIFR: Solidariedade Intergeracional Funcional Recebida

SV: Satisfação com a Vida

## Anexo 7

**Tabela 6.** Fatores determinantes da satisfação com a vida (regressão múltipla)

Variáveis	Beta padronizado	p	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson	F	p
Com quem vive	.09	.62							
GRAT	.23	.22							
SIFD	-.47	.07							
SIFR	.28	.26							
QV	.69	.01							
			.70	.49	.36	.70	2.44	3.71	.02

GRAT: Gratidão

SIFD: Solidariedade Intergeracional Funcional Dada

SIFR: Solidariedade Intergeracional Funcional Recebida

QV: Qualidade de Vida